

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

*“Valoración de Factores de Riesgo Psicosocial
derivados del Ambiente Laboral en el
Personal del Servicio de Emergencias del
Hospital Enrique Garcés en Diciembre del
2014”*

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: CHAVEZ BUITRÓN PABLO JOSÉ

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Sergio Hernán Chavez Oléas

DIRECTOR METODOLÓGICO: Dr. José Sola

INDICE:

RESUMEN.....	10
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Historia social del trabajo:.....	15
2.2 Definición de bienestar psicosocial:.....	18
2.2.1 Integración social:.....	20
2.2.2 Aceptación social.....	20
2.2.3 Contribución social.....	20
2.2.4 Actualización social.....	20
2.3 Factores de riesgo laborales.....	21
2.3.1 Riesgos químicos.....	22
2.3.2 Riesgo biológico.....	23
2.3.3 Riesgo auditivo.....	24
2.3.4 Esfuerzo físico y riesgo ergonómico.....	27
2.3.5 Trabajo en turnos y nocturno.....	28
2.3.6 Factores de Riesgo psicosocial asociados al proceso laboral.....	29
2.3.6.1 Exceso de exigencias psicológicas.....	30
2.3.6.2 Falta de influencia o desarrollo.....	30
2.3.6.3 Falta de apoyo y de calidad de liderazgo.....	30
2.3.6.4 Escasas compensaciones.....	30
2.3.6.5 Ritmo de trabajo.....	30
2.3.6.6 Conflicto de rol.....	30
2.3.6.7 Exigencias emocionales.....	31
2.3.6.8 Exigencias cuantitativas.....	31
2.3.6.9 Exigencias a esconder emociones.....	31
2.3.6.10 Doble presencia.....	31
2.3.6.11 Inseguridad sobre las condiciones de trabajo.....	31
2.3.6.12 Inseguridad sobre el empleo.....	31
2.3.6.13 Apoyo social de compañeros.....	32
2.3.6.14 Previsibilidad.....	32
2.3.6.15 Influencia.....	32

2.3.6.16	Calidad de liderazgo.....	32
2.3.6.17	Apoyo social de los superiores.....	32
2.3.6.18	Claridad del rol.....	32
2.3.6.19	Sentimiento de grupo.....	32
2.3.6.20	Justicia.....	33
2.3.6.21	Reconocimiento.....	33
2.3.6.22	Confianza vertical.....	33
2.3.6.23	Posibilidades de desarrollo.....	33
2.3.6.24	Sentido del trabajo.....	33
2.4	Predisposición para patologías mentales.....	34
2.5	Etiopatogenia.....	34
2.5.1	Factores genéticos.....	35
2.5.2	Teoría de neurotransmisores.....	35
2.5.3	Hormonas, afecto y comportamiento.....	36
2.5.4	Diferencias cerebrales funcionales y género.....	37
2.5.5	Diferenciación sexual.....	37
2.5.6	Lateralidad cerebral y lenguaje.....	37
2.5.7	Psicopatología y género.....	38
2.5.8	Factores psicosociales y estrés.....	38
2.5.8.1	El estrés como factor determinante en la etiopatogenia de los trastornos mentales.....	39
2.5.8.2	Referencia histórica.....	39
2.5.8.3	Mecanismo fisiológico.....	43
2.5.8.4	Factores generadores de estrés.....	44
2.5.8.5	Niveles de susceptibilidad al estrés.....	46
2.5.8.6	Definición de Vulnerabilidad.....	49
2.5.9	Teorías intrapsíquicas.....	50
2.5.10	Teorías del comportamiento y aprendizaje.....	50
2.6	Trastornos psiquiátricos más frecuentes en el ámbito laboral.....	51
2.6.1	Trastorno psíquico.....	51
2.6.2	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.....	52
2.6.2.1	Intoxicación aguda.....	53
2.6.2.2	Consumo perjudicial.....	53
2.6.2.3	Síndrome de dependencia.....	53
2.6.2.4	Síndrome de abstinencia.....	53
2.6.2.5	Trastorno psicótico.....	53

2.6.2.6	Síndrome amnésico.....	54
2.6.2.7	Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por sustancias psicótropas.....	54
2.6.3	Trastornos del humor o afectivos.....	54
2.6.3.1	Episodios depresivos.....	56
2.6.3.2	Trastorno depresivo leve.....	56
2.6.3.3	Trastorno depresivo moderado.....	56
2.6.3.4	Trastorno depresivo grave.....	56
2.6.3.5	Trastorno depresivo recurrente.....	57
2.6.3.6	Trastornos del humor persistentes.....	57
2.6.3.7	Ciclotimia.....	57
2.6.3.8	Distimia.....	58
2.6.3.9	Otros trastornos del humor.....	58
2.6.4	Trastornos de ansiedad.....	58
2.6.4.1	Trastorno de pánico.....	58
2.6.4.2	Trastorno de ansiedad generalizada.....	59
2.6.4.3	Trastorno mixto ansioso-depresivo.....	59
2.6.4.4	Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación.....	59
2.6.4.5	Reacción de estrés agudo.....	59
2.6.4.6	Trastorno de estrés postraumático.....	60
2.6.4.7	Trastornos de adaptación.....	60
2.6.5	Trastornos somatomorfos.....	60
2.6.5.1	Trastorno de somatización.....	61
2.6.5.2	Trastorno hipocondríaco.....	61
2.6.5.3	Disfunción vegetativa somatomorfa.....	61
2.6.5.4	Trastorno de dolor somatomorfo persistente.....	62
2.6.5.5	Otros trastornos somatomorfos.....	62
2.6.6	Trastornos no orgánicos del sueño.....	62
2.6.6.1	Insomnio no orgánico.....	63
2.6.6.2	Hipersomnio.....	63
2.6.6.3	Trastorno no orgánico del ciclo sueño – vigilia.....	63
2.6.6.4	Sonambulismo.....	63
2.6.6.5	Terrores nocturnos.....	64
2.6.6.6	Pesadillas.....	64
3	Métodos:	
3.1.1	Justificación.....	65
3.1.2	Planteamiento del problema.....	67

3.1.3	Objetivo General	67
3.1.4	Objetivos específicos	67
3.1.5	Hipótesis	68
3.1.6	Operacionalización de las variables de estudio	68
3.1.7	Diseño del estudio	71
3.1.8	Universo y muestra	72
3.1.9	Procedimiento de recolección de datos	72
3.1.9.1	Lugar	72
3.1.9.2	Instrumento	72
3.1.9.3	Criterios de inclusión y exclusión	75
3.1.9.4	Aplicación	76
3.1.9.5	Tiempo	76
3.1.10	Análisis de datos	77
3.1.11	Implicaciones bioéticas	78
4	Resultados	78
5	Discusión	119
5.1	Conclusiones	124
5.2	Recomendaciones	129

LISTA DE TABLAS:

1. Fuentes del bienestar psicológico, Tomado de “Bienestar psicológico, consideraciones teóricas de Coronel de Pace Claudia
2. Tipo de peligro que generan diferentes agentes químicos (extraído de istas.com)
3. Actividades laborales y relación con enfermedades infecciosas (extraído de grupo istas)
4. Catecolaminas y Corticoides, elaborado por Chavez P. 2014
5. Diferencias entre la respuesta neuroendócrina de los estilos de personalidad proactivos y reactivos(1)
6. Tabla 6, Sexo
7. Tabla 7, Edad
8. Tabla 8, Distribución del personal según puesto de trabajo
9. Tabla 9, Antigüedad
10. Tabla 10, Prevalencia de exposición
11. Tabla 11, Distribución de las respuestas a las preguntas asociadas a ritmo de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
12. Tabla 12 Distribución de frecuencias de respuesta a las preguntas asociadas al Conflicto de rol, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
13. Tabla 13, Distribución de respuestas en las preguntas asociadas a las exigencias emocionales, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
14. Tabla 14, Distribución de respuestas a las preguntas asociadas con exigencias cuantitativas, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
15. Tabla 15, Proporción de respuestas a las preguntas asociadas con Exigencia a esconder emociones, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
16. Tabla 16, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con Doble Jornada, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
17. Tabla 17, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con inseguridad sobre las condiciones de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
18. Tabla 18, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con inseguridad sobre el empleo, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
19. Tabla 19, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con inseguridad sobre el empleo, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
20. Tabla 20, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con inseguridad sobre el empleo, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
21. Tabla 21, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con influencia, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
22. Tabla 22, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con influencia, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
23. Tabla 23, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con influencia, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015

24. Tabla 24, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con claridad de rol, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
25. Tabla 25, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con claridad de rol, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
26. Tabla 26, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con justicia, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
27. Tabla 27, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con reconocimiento, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
28. Tabla 28, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con confianza vertical, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
29. Tabla 29, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con posibilidades de desarrollo, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015
30. Tabla 30, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con posibilidades de desarrollo, Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015

LISTA DE GRÁFICOS:

1. Gráfico 1, Sexo
2. Gráfico 2, Distribución del personal según puesto de trabajo
3. Gráfico 3, Localización de las exposiciones en EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES", Elaborado por Chavez P. 2015
4. Gráfico 4, Prevalencia de exposición por puesto de trabajo Fuente: esta exposición, Elaborado por: Chavez P., 2015
5. Gráfico 5, Prevalencia de exposición por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
6. Gráfico 6, Prevalencia de exposición a conflicto de rol por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P.,
7. Gráfico 7, Prevalencia de exposición a conflicto de rol por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
8. Gráfico 8, Prevalencia de exposición a Exigencias emocionales por Puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
9. Gráfico 9, Prevalencia de exposición a Exigencias emocionales por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
10. Gráfico 10, Prevalencia de exposición a Exigencias emocionales por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
11. Gráfico 11, Prevalencia de exposición a Exigencias emocionales por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
12. Gráfico 12, Prevalencia de exigencias de esconder emociones por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
13. Gráfico 13, Prevalencia de exigencias de esconder emociones por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
14. Gráfico 14, Prevalencia de exposición a doble presencia por puesto de trabajo, Fuente: Esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015

15. Gráfico 15, Prevalencia de exposición a doble presencia por sexo, Fuente, esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
16. Gráfico 16, Prevalencia de exposición a Inseguridad sobre las condiciones de trabajo, por puesto de trabajo, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
17. Gráfico 17, Prevalencia de exposición a Inseguridad sobre las condiciones de trabajo, por sexo, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
18. Gráfico 18, Prevalencia de exposición a Inseguridad sobre el empleo, por puesto de trabajo, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
19. Gráfico 19, Prevalencia de exposición a Inseguridad sobre el empleo, por sexo, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
20. Gráfico 20, Prevalencia de exposición a apoyo social de compañeros, por puesto de trabajo, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
21. Gráfico 21, Prevalencia de exposición a apoyo social de compañeros, en el departamento de emergencias del HEG, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
22. Gráfico 23, Prevalencia de exposición a previsibilidad en el servicio de emergencia, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
23. Gráfico 22, Prevalencia de exposición a previsibilidad, por puesto de trabajo, fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
24. Gráfico 24, Prevalencia de exposición a influencia, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
25. Gráfico 25, Prevalencia de exposición a influencia, por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
26. Gráfico 26, Prevalencia de exposición a calidad de liderazgo, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
27. Gráfico 27, Prevalencia de exposición a calidad de liderazgo por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
28. Gráfico 28, Prevalencia de exposición a apoyo social de superiores, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
29. Gráfico 29, Prevalencia de exposición a apoyo social de superiores, por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
30. Gráfico 30, Prevalencia de exposición a claridad de rol, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
31. Gráfico 31, Prevalencia de exposición a claridad de rol, por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
32. Gráfico 32, Prevalencia de exposición a sentimiento de grupo, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
33. Gráfico 33, Prevalencia de exposición a sentimiento de grupo, por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
34. Gráfico 34, Prevalencia de exposición a justicia, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
35. Gráfico 35, Prevalencia de exposición a justicia, por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015

36. Gráfico 36, Prevalencia de exposición a reconocimiento, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
37. Gráfico 37, Prevalencia de exposición a reconocimiento, por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
38. Gráfico 38, Prevalencia de exposición a confianza vertical, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
39. Gráfico 39, Prevalencia de exposición a confianza vertical, por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
40. Gráfico 40, Prevalencia de exposición a posibilidades de desarrollo, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
41. Gráfico 41, Prevalencia de exposición a posibilidades de desarrollo, sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
42. Gráfico 42, Prevalencia de exposición a sentido del trabajo, por puesto de trabajo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015
43. Gráfico 43, Prevalencia de exposición Sentido del trabajo, por sexo, Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015

Resumen:

Objetivo: Determinar los factores de riesgo psicosocial en el personal de salud del servicio de Emergencias de HEG, en el mes de diciembre del año 2014. **Método:** se realizó un estudio de Cohorte Transversal. La muestra estuvo conformada por el universo cautivo del personal del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés que cumplió con los criterios de inclusión (95 participantes). El instrumento utilizado en esta investigación fue el Cuestionario de valoración de riesgos Psicosociales de Copenhagen modificado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (COPSOQ-istas 21, Anexo 2). Los datos se analizaron mediante el Software propio del método (CopsoQ istas 21 versión 2.0.15.1). Se compararon variables como el grupo de trabajo y el sexo con las diferentes dimensiones de Exposición Psicosocial y con los grupos control suministrado por el método COPSOQ-istas, finalmente se realizó un reporte basado en la información general recogida mediante los cuestionarios para evaluar el perfil general de Salud mental, Stress, Salud General y riesgo de presentar Síndrome de Burnout. **Resultados:** Las dimensiones de exposición psicosocial que se encuentran en el tercil más desfavorable para la salud del trabajador del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, representando factores de riesgo para la salud según el método COPSOQ-istas 21 son en orden de frecuencia Ritmo de trabajo (100%), Conflicto de rol (72%), Exigencias emocionales (71.4%), Exigencias cuantitativas (68.8%), Exigencias a esconder emociones (57.9%), Doble presencia (55.6%) e Inseguridad sobre las condiciones de trabajo (53.8%), las dimensiones psicosociales que se encuentran en el tercil más favorable para la salud del trabajador, representando factores protectores son en orden de frecuencia Sentido del trabajo (92.6%), Posibilidades de desarrollo (88.2%), Confianza Vertical (79.6%), Reconocimiento (82.8%) y Justicia (69.9%). La percepción propia del estado de salud del personal del Servicio de Emergencias del Hospital General Enrique Garcés fue buena y la respuesta mejoró de acuerdo al rango de edad mayor. El estado de Salud Mental del personal del Servicio de Emergencias del Hospital General Enrique Garcés se situó principalmente en el tercil medio en los diferentes rangos de edad, pudiendo ser interpretado como “Bueno”. El riesgo de padecer síndrome de Burnout es mayor en mujeres, siendo un riesgo bajo al igual que para el resto del personal. **Conclusiones:** los factores de riesgo encontrados por el presente estudio son comunes en los servicios de salud, sin embargo el servicio de emergencias del Hospital Enrique Garcés cuenta también con un nivel de Salud Mental bueno y varios factores psicosociales protectores lo cual le habilita la implementación de medidas preventivas eficaces

Abstract:

Objective: to determine de psychosocial risk factors in the health team of the Emergency room of the Enrique Garcés Hospital in December of 2014. **Methodology:** the present is a Cross-sectional cohort study; the universe was conformed by the captive universe of the ER of the Enrique Garcés Hospital that fulfilled the inclusion criteria (95 participants). The scientific instrument used was the Copenhagen psychosocial risk factors questionnaire modified by the Syndical Institute of Work, Environment and Health (COPSOQ-istas 21). The resulting data of the questionnaires were lately processed using the Software given by ISTAS. Afterwards variables such as sex and work place were analyzed against the different psychosocial risk factor and compared with the control group given by the COPSOQ-istas method; finally a report about the general status of Health perception, Mental Health, Stress and risk of developing Burnout Syndrome was also made. **Results:** The psychosocial dimensions that scored an inconvenient punctuation in comparison with the control group of COPSOQ-istas method were Work rhythm (100%), Roll conflict (72%), Emotional Demands (71.4%), Quantitative Demands (68.8%), Effort to hide emotions (57.9%), Double presence (55.6%) and Insecurity of the Labor conditions (53.8%). In the other hand the psychosocial dimensions that had positive levels according to the COPSOQ-istas method were in order of importance Sense of the work (92%), Development possibilities (88.2%), Vertical trust (79.6%), Acknowledgement (82.8%) and Justice (69.9%). The self perception about the Health of the personal was “good” and the answer was better when the personal were older, the Mental Health status was placed in the middle tercil which can be interpreted as “good”. The Burnout risk is higher among women; however is a low risk as it is for the rest of the personal. **Conclusions:** The psychosocial risk factors found in this study are common among the health care institutes, however the ER personal of the Enrique Garcés Hospital has a good level of Mental Health and several protective factors, which can allow the directives to create successfully prevention measures.

1. Introducción:

Actualmente, estudios realizados y avalados por organismos internacionales como son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, han determinado que en los centros laborales existen factores de riesgo que pueden ocasionar daño a la salud de los trabajadores, tanto en su esfera física como mental y hasta social, rompiendo así el equilibrio e impidiendo lograr el bienestar y el desarrollo de sus actividades laborales, familiares y sociales. (2)

En este contexto, los factores psicosociales originados en el trabajo, ocupan un puesto relevante, y están presentes en la estructura misma de la organización y las relaciones que se establecen entre las personas, las máquinas, las instalaciones y los procesos administrativos, y si estos son desfavorables pueden afectar la salud de los trabajadores con consecuencias psicológicas y fisiológicas a corto, mediano y largo plazo, e incluso pueden afectar el correcto desarrollo de las tareas, por lo que es necesario identificar, medir e intervenir preventivamente tanto en los factores de riesgo psicosocial como en las consecuencias sobre la salud, logrando así que las instituciones desarrollen un crecimiento armónico basado en la protección y promoción de su talento humano. (2)

Todo estímulo ambiental (estresor) podrá ser causal de estrés normal, sin embargo cuando este se relaciona directamente con el entorno laboral, sobrepasando las capacidades, recursos y necesidades del trabajador, generando en el reacciones nocivas tanto físicas como emocionales, se habla de stress patológico (distress). (2)

Tomando en cuenta que el personal del hospital, trabaja con personas, y en ambientes en los cuales se requiere muchas veces tomar decisiones acertadas en segundos para

asegurar la supervivencia de un paciente, nace la necesidad de realizar un estudio que indique el estado, físico y emocional del personal, los mismos que deberían estar en las mejores condiciones para asegurar un buen resultado en el puesto de trabajo. (2)

Según los datos de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el trabajo, en el año 2009 se estimaba una pérdida de 1.250 millones de días de trabajo anuales debidos a problemas de salud en el ámbito laboral. Por su parte, el Consejo de Seguridad de Estados Unidos, cifra dicha pérdida en 183 billones de dólares anuales en 2010, lo que conlleva que cada trabajador debe incrementar su productividad una media de 1.300 dólares para que se pueda suplir dicho déficit.(2)

En un entorno laboral tan globalizado y demandante, la mayoría de personas se encuentran realizando cada vez más actividades que sobrepasan su capacidad, que resultan repetitivas y sin sentido para sus expectativas o que no les encuentran objetivo, acumulando cada día más niveles de stress. Al no encontrar un ambiente adecuado, progresivamente mantienen niveles de stress permanente, convirtiendo al sector de trabajo en un lugar hostil y poco satisfactorio (stress crónico). Progresivamente el círculo continúa teniendo impactos emocionales y físicos, que impiden realizar las funciones del trabajador de la mejor manera, situación que resulta bastante peligrosa en el personal de salud. Finalmente el proceso continúa con un desgaste progresivo que puede llegar a afectar la salud mental del trabajador, en gran manera, presentando agotamiento, físico y emocional, apatía, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, el denominado síndrome de burnout(2), o la aparición de trastornos psiquiátricos como los trastornos de adaptación, trastornos afectivos, consumo de sustancias adictivas como el alcohol y el

tabaco² y repercusiones sobre el ámbito familiar como disfunción, conflicto y violencia.

Por otro lado cabe recalcar el impacto que se observa en las interacciones sociales de los trabajadores, así observándose poca integración, disminución en la participación social en sectores varios, y poco tiempo para la realización de actividades de esparcimiento.

A nivel institucional las variables más estresantes son el estrés laboral, la falta de apoyo social, de formación y de tiempo. El estresor más importante que tiene el personal es el riesgo de equivocarse en el diagnóstico y tratamiento. La satisfacción laboral se correlaciona directamente con la organización, el buen funcionamiento del Centro, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales con los compañeros y jefes, y las posibilidades de sentirse satisfecho con el tipo de actividad realizada, el reconocimiento, la promoción, el significado del servicio entregado, etc.

2. Marco teórico:

2.1 Historia social del trabajo:

En la sociedad actual, el trabajo, definido por el diccionario de la Real Academia de la Lengua, como ocupación retribuida, es una parte fundamental en la vida de las personas, teniendo importancia en muchos aspectos y representando así una fuente de ingresos que le permitan solventar las necesidades del diario vivir y también siendo una señal de estatus social en muchas otras (Ej. El ser gerente de una empresa). Sin embargo a pesar de representar una parte necesaria en la vida de las personas de la sociedad actual, con el nivel de exigencias crecientes de un mundo que cada vez se desarrolla más rápido, las actividades laborales se han relacionado cada vez más con situaciones insatisfactorias o que representen un riesgo para el trabajador. Así es necesario tomar, por ejemplo, que en las sociedades actuales, casi todos los requerimientos de una sociedad están relacionados con trabajos destinados específicamente a satisfacerlas, y muchos de estos implican alejar o prevenir riesgos para la población; así desde el control de plagas hasta el director de tráfico aéreo. Al prevenir dichos riesgos la sociedad se beneficia, a la vez que se expone al trabajador a los mismos, generando un nuevo problema social, que debe ser tomado en cuenta. (3)

Sin embargo, la concepción del trabajo no tuvo siempre las mismas implicaciones ni el significado que tiene el día de hoy; así por ejemplo en la antigua Grecia Aristóteles hacía diferencia entre dos tipos de trabajos; *el libre*, y *el servil*, despreciando este último, el cual implicaba la oferta de las capacidades de un ser humano para servicio de otro que las necesitara, por asemejarse a la labor que realizaría un esclavo y por considerar que *“inutilizaba el cuerpo, el espíritu y la mente”*. A su vez en el contexto social de la época el realizar una labor teniendo como finalidad el lucro (cremanística) era mal visto, ya que la finalidad de la labor no permitía el crecimiento personal del individuo(3)

A diferencia de la sociedad actual, el ocio era muchísimo más valorado que el trabajo, y este a su vez era mal visto si su objetivo no era en pro del crecimiento del individuo y de la

sociedad. El trabajar para solventar las necesidades de alimentación o de un núcleo familiar era dejado para los esclavos cada vez que era posible. En resumen, una actividad realizada por un ser humano debía estar destinada principalmente a su crecimiento como tal.(3)

El punto de vista acerca del trabajo no varió demasiado en la sociedad cristiana medieval. Si bien el ocio como término fue despreciado por considerarse como una maldición bíblica, filósofos de la época, como Santo Tomás de Aquino exponían que el trabajo está siempre relacionado con el hombre, pero no todo el hombre debe estar relacionado con el trabajo y por lo tanto este no debería buscarlo siempre. Trabajar para poder solventar necesidades como comer, vestirse, etc., dejó de estar mal visto, proponiéndose incluso ideas como “el que no trabaja no debe comer”. A pesar de esto actividades monásticas, no del todo relacionadas con el trabajo, como *la contemplación*, y que tenían como objetivo la realización espiritual tenían mucho más aprecio que el trabajo como actividad de subsistencia. En resumen el “trabajar” se instaura por primera vez como una necesidad en la vida de una persona, pero no tenía la connotación de hacer que un individuo trascienda socialmente, como sucede el día de hoy.(3)

Es finalmente en la época moderna cuando “el trabajar” empieza a tomar una connotación similar a la que tiene hoy en día. Así por ejemplo se transforma en una actividad homogénea y abstracta, ya no existen trabajos libres o serviles como sucedía en la Grecia clásica, todo es trabajo y es siempre útil.(4) (1)

Así por ejemplo desde el punto de vista religioso se lo plantea ya no como una necesidad, sino incluso como un derecho; así John Locke propone que Dios le dio al hombre la creación y le permitió apoderarse de todo lo que pudiera utilizar en pro de sí y que pudiera cambiar con sus manos. Por otro lado adquiere por primera vez su capacidad dignificante ya que se lo empieza a ver como instrumento principal de progreso de una sociedad y adquiere también una implicación cósmica religiosa, ya que “con el trabajo el hombre ayuda a completar la obra de Dios”. A partir de esta época también representa

una parte importante en la realización personal de una persona ya que se lo ve como el medio por el cual el hombre que nace indefenso y sin posesiones en este mundo puede volverse independiente y lograr los objetivos que se plantea. Personajes con gran influencia en la filosofía y teología de la época como Lutero lo ponen en tanta estima que incluso se llega a describir al trabajo como un fin mismo, y no como un medio para algo más. Las actividades laborales se encuentran en un nuevo contexto, el trabajo no se realiza por solventar una necesidad social o individual, empieza a implicar realización personal. Social y culturalmente el trabajo había instaurado su puesto⁽³⁾ ⁽⁴⁾

Al tornarse una actividad necesaria y dignificante, el trabajo empieza a ser buscado por cada vez más personas en la sociedad, siendo una actividad “homogéneamente buena”, las personas se preocupan más por trabajar que por la labor que deben o quisieran realizar, apareciendo cargos que podían ser satisfactorios y no serlos. A su vez al ser una actividad común y socialmente aprobada cada vez va tomando en la historia más importancia en la vida y en el tiempo de una persona, lo que a su vez implica más presión para los trabajadores y menos tiempo para otras actividades. ⁽¹⁾ ⁽⁴⁾

Es en el momento en el que inicia la revolución industrial en Inglaterra cuando la importancia del trabajo en la vida del ser humano alcanza su momento culminante. Por primera vez en el contexto local el sistema de las castas se abre, una persona no se veía atada mas por su apellido o nobleza, podía ascender en el nuevo “sistema de clases sociales” si lograba acumular el dinero suficiente para hacerlo, al menos teóricamente. La nueva división social de la población no está formada como en tiempos previos por abolengo o proezas bélicas, se basa en el trabajo y en los beneficios que de él se logran obtener. Así las clases burguesas altas formadas por constructores de ferrocarril, comerciantes intercontinentales, dueños de minerías, etc., y el proletariado, encargados sobre todo de la mano de obra que se requería en las instituciones de las que eran dueños la burguesía.⁽³⁾ ⁽⁴⁾

En este nuevo contexto la sociedad, principalmente el proletariado, desesperadamente se preocupaba en trabajar, sea el puesto y la actividad que fuere, bajo la promesa de evolución social y económica. Por dichas razones todos los miembros de la familia eran incluidos en la actividad laboral, desde los niños hasta el padre y madre de familia, con el propósito de mejorar así las probabilidades de éxito. La compulsión por trabajar llegó a ser tan grande y el tener un puesto de trabajo tan importante que situaciones como el lugar de trabajo o el riesgo que el mismo implicaba dejaron de ser importantes, el ocio no solo dejó de ser valorado, como en la época clásica, sino que fue visto con malos ojos. La misma concepción del tiempo se alteró, no se medía ya tanto por horas o minutos, sino por jornadas laborales, las mismas que llegaron a ser tan extensas que lograron durar hasta 15 horas al día. Frases como “El tiempo es oro”, pronunciada por Benjamin Franklin empiezan a suplantar concepciones pasadas en la mente del pueblo.(1)(5,6)

Es bajo estas circunstancias, y de manera tangencial, ya que se descubre por haberse visto pérdidas en la producción, que se hace en 1830 el primer registro histórico en el cual se relacionan patologías específicas con el trabajo y las condiciones en las que este se realiza. Se plantean las primeras regulaciones para evitar que dichas patologías sucedan, y por primera vez en la historia, los riesgos generados en el trabajo obligan a la población a plantear medidas de prevención. (4)

2.2 Definición de bienestar psicosocial:

Las definiciones sobre el bienestar psicológico que existen en la literatura hasta el día de hoy no tienen un consenso, y en general están ligadas al instrumento de medida, se las puede categorizar a partir de tres elementos: el *carácter subjetivo* el cual se relaciona sobre la percepción de la propia existencia de la persona, su *dimensión global*: porque incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la *apreciación positiva* ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.(7)

Veenhoven (1991) define al bienestar subjetivo o psicológico como el grado en el que una persona evalúa su vida como “un todo” en términos positivos, teniendo dicha evaluación

dos componentes, uno *cognitivo* o del pensamiento, en el cual la persona realiza una evaluación entre sus aspiraciones y sus logros, evaluando la discrepancia entre los dos, teniendo como resultado en dicha relación sensaciones de satisfacción en un extremo y de completo fracaso en el otro; y un componente *afectivo*, en el cual la persona evalúa las emociones, sentimientos y estados de ánimo más comunes en su vida, dependiendo de lo cual evalúa la misma como deseable o no(7)

Tabla 1: Fuentes del bienestar psicológico,

Afecto Positivo	Afecto Negativo	Satisfacción con la vida	Dominios de Satisfacción
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Saludo
Cariño	Estrés	Satisfacción con cómo otros ven nuestra vida	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

Fuente: Bienestar psicológico, consideraciones teóricas de Coronel de Pace Claudia

Elaboración: 2013

A pesar de que lo antes expuesto sea percibido de manera positiva por la persona, no se puede dejar de lado el hecho de que por excelencia el ser humano es social por naturaleza, por lo tanto no es suficiente una relativa satisfacción con las características de la vida de un ser humano para decir que existe bienestar psicológico si en el ámbito social no se siente feliz. (7)

Así se plantean nuevos puntos de análisis para determinar la satisfacción social de un ser humano, así esta será positiva si la persona se respeta y se valora a sí misma en el contexto en el que vive (*autoestima*), si percibe que tiene relaciones positivas con otros integrantes de su grupo, si posee un apoyo social satisfactorio y si siente que tiene control

sobre el entorno en el que habita, teniendo una sensación de control e independencia sobre el mismo sin que deje de estar conectado con él.(1)

Los aspectos interpersonales de la salud mental se encuentran en los planteamientos que recoge el bienestar social de Keyes (1998), que refiere a la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad y está compuesto por cinco dimensiones(8)

2.2.1 Integración social: comprende la evaluación que se hace acerca de las relaciones que se mantiene con la sociedad y con la comunidad. Las personas con alto bienestar social cultivan el sentimiento de pertenencia a un grupo y mantienen lazos sociales con elementos del mismo, como familia, amigos, etc.(8)

2.2.2 Aceptación social: la presencia de actitudes positivas hacia otros como bondad, aceptación, honestidad y confianza. Comprende la aceptación de los aspectos positivos y negativos de la propia vida del individuo(8)

2.2.3 Contribución social: comprende la sensación de ser un ente provechoso en un grupo, teniendo sentimientos de valía y sensación de aportar elementos beneficiosos(8)

2.2.4 Actualización social: se refiere a la concepción de que la sociedad en donde el individuo vive es un ente dinámico, constantemente cambiante con el propósito de mejorar e impulsar con esta mejoría a la evolución propia del individuo. Genera bienestar, pertenencia y confianza en el grupo al cual la persona pertenece(8)

2.2.5 Coherencia social: es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social que genera la sensación de que se es capaz de comprender lo que está sucediendo a nuestro alrededor.(8)

2.3 Factores de riesgo laboral:

La relación existente entre el trabajo y varias patologías ha sido evidente desde mucho tiempo atrás, así se cuentan de registros históricos como los realizados por Hipócrates en donde exponía la clara relación entre enfermedades específicas y la exposición al plomo de los mineros de la región de Galena o también texto más actuales como los realizados por Bernardo Ramazzini en la Italia renacentista (*Morbis Artificum Diatriba* 1700), con tanto detalle y extensión que suelen servir de referencia en ocasiones hasta el día de hoy.(1)

Como se explicaba, en épocas antiguas, y debido a la concepción social del trabajo, las patologías existían y eran evidentes para todos; sin embargo ya que la actividad laboral no estaba tan globalizada como en épocas pasadas y el estilo de vida de cada época histórica era diferente, las patologías laborales podían tratarse individualmente y sin el riesgo de que afectara a la población general.

A partir del inicio del siglo XIX y con la globalización y masificación de la actividad se hace el primer intento global de plantear estrategias preventivas para evitar estas patologías generadas por el trabajo, y no es hasta 1990 cuando se crea por primera vez un estamento oficial que se encargue de evaluar los riesgos laborales, ya imposibles de pasar inadvertidos. La situación global, social y sanitaria sufre un nuevo cambio, y la humanidad toma conciencia que las epidemias y guerras no generan tanta enfermedad como antes, ahora una de las causas principales es el trabajo y los riesgos que este trae consigo.(4)

Actualmente un *factor de riesgo laboral* se define como cualquier elemento, o grupo de elementos que al estar presente en las condiciones de trabajo tiene la potencialidad de afectar en alguna medida la calidad de salud del trabajador. Como es previsible los factores de riesgo siempre están presentes pero dependerán de la actividad laboral el tipo de riesgo al que el trabajador está más frecuentemente expuesto.(1,9). Así actualmente se han identificado varios riesgos laborales los que han sido clasificados en distintos grupos para su mejor identificación; así:

2.3.1 Riesgos químicos: hacen referencia a diferentes elementos o compuestos químicos con el potencial de generar un daño al trabajador que los manipula o a su equipo de trabajo, así el ama de casa expuesta a líquidos de limpieza y el agente petrolero expuesto a químicos varios. Un elemento químico puede categorizarse como peligroso dependiendo de sus características propias (ej. Cáusticos), la forma en la que se utiliza (aerosoles, líquidos, vapores), y de la forma en la que se halla presente (Ej. Agua que en estado normal no representa riesgo, pero si se encuentra en altas temperaturas si).

Existen muchos compuestos químicos identificados como peligrosos, por lo cual se ha decidido agruparlos convenientemente según el tipo de peligro que generan y su potencial efecto perjudicial.(1)

Tabla 2

Tipo de peligro que generan diferentes agentes químicos

PELIGRO	CLASIFICACIÓN
Productos que originan accidentes	Inflamables Muy inflamables Comburentes u oxidantes Explosivos Corrosivos
Productos o sustancias que producen daños a la salud	Tóxicos Muy tóxicos Nocivos Sensibilizantes Irritantes Cancerígenos Mutágenos Tóxicos para la reproducción Disruptores endocrinos
Productos o sustancias que dañan el medio ambiente	Ecotóxicos Contaminantes de las aguas Contaminantes de suelos Contaminantes atmosféricos Persistentes Bioacumulativos

Fuente: Grupo Istas

Elaboración: 2014

2.3.2 Riesgo biológico: es aquel que se relaciona con la posible exposición a sustancias de origen biológico capaces de generar infección, enfermedad o alergia en el personal de salud. Existen varias profesiones en las cuales la exposición biológica es común, la medicina una de ellas, en donde el riesgo ha crecido últimamente con la aparición de enfermedades con posibles desenlaces fatales así VIH, enfermedad de las vacas locas y las nuevas cepas de virus influenza (AH1N1, etc.).(10)

Para que la exposición a un riesgo biológico desenlace en una enfermedad debe existir exposición del personal al elemento en cuestión dicha exposición puede darse de tres maneras diferentes; así: contacto persona-persona, contacto animal-persona (zoonosis) y el contacto del personal con elementos contaminados (Ej en la limpieza de material quirúrgico).(10)

Existen muchas medidas de prevención primaria (evitar que la enfermedad aparezca eliminando el factor de riesgo o disminuyendo su posible efecto), dentro de las cuales las más utilizadas son el empleo de vacunas, el correcto uso de técnicas de asepsia y antisepsia, y el manejo adecuado de desechos. Todas las cuales, al ser implementadas adecuadamente, no solo tienen un buen efecto en cuanto al peligro generado por riesgos biológicos, sino también que disminuyen la ansiedad del personal permitiendo que la satisfacción del mismo sea mayor.(10)

Tabla 3

Actividades laborales y relación con enfermedades infecciosas

Actividades laborales y enfermedades infecciosas asociadas		
Actividad	Enfermedades	Vías de transmisión
Laboratorios	Hepatitis SIDA Zoonosis Otras infecciones	Cultivos gérmenes clínicos Animales experimentales Material biológico
Personal de centros sanitarios	Hepatitis SIDA Herpes Tuberculosis Otras infecciones	Pinchazos, contacto con sangre u otros líquido biológicos Material/instrumental contaminado
Personal de atención a grupos/riesgo	Hepatitis SIDA Tuberculosis	Pinchazos Contacto con sangre Contacto con enfermos
Agricultura y ganadería	Zoonosis Tétanos Parasitosis	Animales Suelo, agua, herramientas Mosquitos
Industrias lácteas	Brucelosis Tuberculosis bovina	Animales Leche
Industrias cárnicas	Zoonosis	Animales
Industrias de la lana	Carbunco (Ántrax) Fiebre Q	Lanas animales
Industria del curtido	Carbunco (Ántrax) Fiebre Q	Pieles animales
Producción de abono orgánico	Zoonosis Tétanos Parasitosis	Estiércol Harina de huesos
Saneamiento público	Leptospirosis Tétanos Hepatitis	Herramientas contaminadas Aguas residuales Fangos
Trabajos en minas, zanjas, alcantarillas	Anquilostomiasis Leptospirosis Tétanos	Tierra contaminada Herramientas contaminadas
Veterinarios, cuidado de animales	Zoonosis (brucelosis)	Animales, Fluidos y herramientas contaminadas
Prostitución	Hepatitis SIDA Enfermedades de transmisión sexual	Contacto sexual con personas infectadas

Fuente: Grupo Ista

Elaboración: 2014

2.3.3 Riesgo auditivo: Son todos aquellos factores ambientales presentes en los lugares de trabajo y que por su naturaleza y propiedades físicas sobre los tejidos y órganos del cuerpo del trabajador y dependiendo de la intensidad, tiempo y frecuencia de la exposición pueden producir efectos nocivos en el cuerpo y órganos de los trabajadores:

- **Ruido:** la exposición prolongada y permanente en el ambiente de trabajo a ruidos de intensidad suficiente para generar un daño en la estructura del oído interno genera el riesgo auditivo laboral. En términos prácticos las organizaciones de prevención laboral dicen que si un ambiente de trabajo requiere que el trabajador levante su voz a un tono mayor al que utiliza habitualmente para hablar ya se puede determinar que existe riesgo

auditivo, si en un inicio el trabajador se sentía incómodo con la cantidad de ruido del lugar de trabajo y posteriormente se “acostumbra” a dicho ruido, ya se puede hablar de sordera en algún grado.(1)(10)

- **Presiones.** Las variaciones de presión atmosférica en general no afectan a la mayoría de los trabajadores, debido a que es infrecuente el trabajo a grandes alturas, siendo preocupante en el caso de explotaciones o excavaciones especialmente en las profundidades del mar, estas actividades en la actualidad se realizan con sistemas autónomos de respiración y presiones, manteniendo regulaciones que previenen afectación en la salud.(11)
- **Temperatura.** El cuerpo humano funciona adecuadamente a temperaturas ambientales que no alteren la máxima permitida (37 grados centígrados), cuando esto no sucede se activa el sistema termorregulador se encarga de mantener la temperatura del cuerpo estable; no obstante, existen actividades laborales que exponen a los trabajadores a temperaturas extremas, produciendo afectaciones de la salud, cuando las condiciones laborales exceden las respuestas fisiológicas.

Los trabajadores se exponen a altas temperaturas en el caso de trabajos a la intemperie, hornos, calderas y fundiciones y trabajos que requieren esfuerzo muscular. En estos casos se debe activar los mecanismos fisiológicos dirigidos a eliminar el calor mediante el sudor y la evaporación, aumentando el flujo sanguíneo el ritmo cardiovascular, si estas reacciones frecuentes y mantenidas pueden ocasionar daño físico y mental en los trabajadores, como cansancio, fatiga, golpe de calor, deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico.

En el otro extremo, están las actividades laborales a bajas temperaturas como son los frigoríficos, buzos fabricantes de hielo, trabajos nocturnos a la intemperie, pescadores, entre otros. Cuando la temperatura es baja, el

cuerpo responde con la activación de mecanismos como la vasoconstricción periférica, lo que da lugar a enfriamiento y hasta congelamiento de las partes distales de las extremidades superiores e inferiores, a esta reacción se suma la contracción muscular. Cuando los mecanismos de respuesta no son suficientes frente a una exposición prolongada y agresiva, el trabajador puede presentar daños a la salud como malestar, adormecimiento, anestesia, necrosis, congelamiento de tejidos profundos y muerte por hipotermia generalizada.

- **Iluminación.** En los lugares de trabajo no se evalúa la iluminación general, sino la que está presente en el puesto donde está el trabajador y esta depende de la actividad y tarea visual que va a desempeñar. Entre trabajos más minuciosos o con detalles mayor luminosidad será necesaria. Cuando la iluminación es inadecuada se presenta fatiga ocular, nerviosismo por una disminución en la calidad del trabajo y aumenta la probabilidad de accidentes laborales.
- **Vibraciones.** Las vibraciones se definen como el movimiento oscilante de la superficie alrededor del trabajador, el mismo puede ser regular o aleatorio, este último es el más frecuente, como factor de riesgo laboral. Esta exposición puede causar mareos, discomfort, pérdida de precisión de movimientos, disminución de la calidad del trabajo por fatiga. Cuando la exposición es intensa y frecuente se puede producir microtraumatismos y microhemorragias.
- **Radiaciones Ionizantes y No Ionizantes.** Las radiaciones pueden ser definidas en general, como una forma de transmisión espacial de la energía. Dicha transmisión se efectúa mediante ondas electromagnéticas por átomos inestables.

Se define una radiación como ionizante cuando al interaccionar con la materia produce la ionización de la misma, es decir, origina partículas con carga eléctrica (iones). Las radiaciones ionizantes son los rayos x y los rayos Gamma. La exposición a este tipo de radiaciones puede ser somático es decir que afecta al trabajador expuesto o genético afectando a las futuras generaciones de este individuo.

Las radiaciones no ionizantes: son de baja energía, por lo que no son capaces de ionizar la materia con la que interactúan. En este grupo se encuentran las radiaciones electromagnéticas como la corriente eléctrica, ondas de radiofrecuencia, microondas de electrodomésticos y las usadas en las telecomunicaciones, las radiaciones ópticas del grupo de los rayos ultravioletas, infrarrojos, y luz solar.(10)(7)

2.3.4 Esfuerzo físico y riesgo ergonómico: dentro de los factores de riesgo físico y ergonómico se engloban todas las demandas laborales que requieran del trabajador un esfuerzo que a corto o largo plazo supere sus capacidades físicas, generando un riesgo que vaya desde trastornos osteomusculares menores hasta posible discapacidad. En términos generales los factores de riesgo son: (10)(4)(5)

- Desplazamiento vertical manual de materiales
- Transporte manual de cargas
- Empujar de cargas o tirar manualmente de ellas
- Posturas forzadas
- Movimientos repetitivos
- Esfuerzo muscular localizado mantenido

- Esfuerzo físico general
- Exposición a vibraciones de cuerpo entero
- Exposición de vibraciones de conjunto mano-brazo(8)(1)

Dichos factores de riesgo igual que en otros casos tienen impacto tanto en la integridad física como en la esfera psicosocial del paciente

2.3.5 Trabajo en turnos y nocturno: se habla que el trabajo en turnos y en horarios nocturnos implícitamente implica un, todo esto explicado ya que al exponer al cuerpo a esfuerzo físico y mental en horarios en los cuales biológicamente necesita descanso genera un desareglo en el funcionamiento normal de varios sistemas; así: gastrointestinal, sueño, sistema nervioso, etc. Por otro lado las horas de descanso se compensan en horarios que deberían ser destinados a compartir con el grupo social del trabajador, y finalmente al estar expuesto a una situación sin descanso el cuerpo comienza a cometer errores de manera más común, situación que resulta en extremo peligrosa en ciertos cargos laborales; así: el manejo de maquinaria pesada, unidades de cuidado intensivo, conductor de vehículos, etc. Es decir, el trabajo en turnos y horarios nocturnos tiene triple impacto, tanto en la vida social, en el funcionamiento de los sistemas biológicos y en la vida familiar.

Dentro de las consecuencias más comunes en la salud y bienestar tenemos:(1)

- Trastornos gastrointestinales
- Pérdida del apetito
- Alteraciones del sueño
- Trastornos nerviosos
- Mayor gravedad en los accidentes

- Insatisfacción personal en el trabajo
- Empobrecimiento de relaciones sociales y familiares
- Pérdida de amistades
- Dificultad para disfrutar el ocio
- Aumento en el número de accidentes de trabajo

Concretamente en la actividad laboral se encuentran las siguientes consecuencias:(12)

- Aumento del número de errores
- Reducción del rendimiento
- Disminución de la capacidad de control
- Aumento en la tasa de ausentismo

2.3.6 Factores de Riesgo psicosociales asociados al proceso laboral: según la *Organización Internacional del Trabajo*, se considera que un factor psicosocial de riesgo es una condición o grupo de ellas que conducen a stress laboral y trastornos asociados con este, psíquicos y orgánicos. Así se puede decir que tienen impactos en la esfera emocional, afectiva e incluso en el rendimiento del trabajador en el cargo que ocupa, y también generan un aumento en la tasa de trastornos gástricos, dermatológicos, musculoesqueléticos, etc(1). Cabe recalcar a su vez que así como el impacto, los causales son varios, y se podría decir que los factores de riesgo psicosocial van de la mano con cualquier otro tipo de riesgo laboral. Así si un trabajador no se encuentra en una atmósfera de trabajo adecuado, sea cual fuere el tipo de riesgo al que está expuesto, lo mínimo que sentirá es insatisfacción.(12)

Se considera que las dimensiones que se pueden encontrar en el trabajo que se pueden considerarse como nocivas son:

2.3.6.1 Exceso de exigencias psicológicas: cuando el trabajo exige que se realicen actividades rápidamente, se deba esconder emociones, tomar decisiones difíciles o esconder el punto de vista del trabajador(12)

2.3.6.2 Falta de influencia o desarrollo: cuando la actividad laboral no permite la libertad de elegir un horario de descanso al trabajador o cuando no se puede adaptar los horarios a las necesidades familiares. Por otro lado también cuando la actividad no permite que el trabajador utilice sus habilidades para realizarla o no le permite desarrollar nuevas(12)

2.3.6.3 Falta de apoyo y de calidad de liderazgo: cuando las actividades a realizar son comunicadas intempestivamente, y no pueden realizarse con el apoyo de un grupo o la ayuda de superiores o subordinados(12)

2.3.6.4 Escasas compensaciones: cuando el esfuerzo laboral no es adecuadamente compensado, sea económica o moralmente. En esta categoría también se puede nombrar despidos intempestivos, cambios de puestos aleatoriamente y trato injusto(12)

2.3.6.5 Ritmo de trabajo: constituye la exigencia psicológica referida a la intensidad del trabajo, se relaciona con las exigencias cuantitativas, es decir con la cantidad de trabajo con la que el personal debe lidiar(12)

2.3.6.6 Conflicto de rol: son las exigencias contradictorias que se presentan en el trabajo y las que puedan suponer conflictos de carácter profesional o ético. Se presenta cuando el trabajador debe afrontar la realización de tareas con las que pueda estar en desacuerdo o le supongan conflictos éticos (por ejemplo, expulsar mendigos de un local...), o cuando tiene que “elegir” entre órdenes contradictorias (por ejemplo, en el caso de un conductor al que se le impone un tiempo máximo de viaje cuando hay, además, normas de tráfico y otras circunstancias que lo limitan). (12)

2.3.6.7 Exigencias emocionales: Son las exigencias para no involucrarnos en la situación emocional derivada de las relaciones interpersonales necesarias en el trabajo, especialmente en ocupaciones de atención a las personas en las que se pretende inducir cambios en ellas (por ejemplo: que sigan un tratamiento médico), y que pueden comportar la transferencia de sentimientos y emociones. En términos generales está relacionada también con las exigencias cuantitativas, ya que un mayor tiempo en el área de trabajo representa una mayor exposición a dichas exigencias(12)

2.3.6.8 Exigencias cuantitativas: Son las exigencias psicológicas derivadas de la cantidad de trabajo. Son altas cuando tenemos más trabajo del que podemos realizar en el tiempo asignado. Tienen que ver principalmente con la falta de personal, la incorrecta medición de los tiempos o la mala planificación, aunque también pueden relacionarse con la inadecuación de las herramientas, materiales o procesos de trabajo. (12)

2.3.6.9 Exigencias a esconder emociones: son las exigencias para mantener una apariencia neutral independientemente del comportamiento de usuarios o clientes, compañeros, superiores, proveedores u otras personas. En puestos de trabajo de atención a las personas, estas exigencias forman parte de la naturaleza de las tareas y no pueden ser eliminadas. El desarrollo de habilidades y de estrategias de protección para su manejo y la disminución del tiempo de exposición representan vías de prevención importantes. (12)

2.3.6.10 Doble presencia: Son las exigencias sincrónicas, simultáneas del ámbito laboral y del ámbito doméstico-familiar, tiene que ver con las exigencias cuantitativas, la ordenación, duración, alargamiento o modificación de la jornada de trabajo en desmedro del tiempo que el trabajador requiere para el cuidado de su vida social, o las acciones que debe realizar en su hogar. (12)

2.3.6.11 Inseguridad sobre las condiciones de trabajo: Es la preocupación por el futuro en relación a los cambios no deseados de condiciones de trabajo fundamentales, se relaciona con las amenazas de empeoramiento de condiciones de trabajo especialmente valiosas. (12)

2.3.6.12 Inseguridad sobre el empleo: es la preocupación por el futuro en relación a la ocupación. Tiene que ver con la estabilidad del empleo y las posibilidades de empleo en el mercado laboral de residencia. (12)

- 2.3.6.13 Apoyo social de compañeros:** implica recibir la ayuda necesaria y cuando se necesita por parte de compañeros y compañeras para realizar bien el trabajo, se relaciona con ítems adicionales como estrategias que dificulten la formación de verdaderos equipo de trabajo, fomentando la competitividad individual (por ejemplo, con salarios variables en base a objetivos individuales), o asignando las tareas, cambios de horarios, de centro, etc., de forma arbitraria. (12)
- 2.3.6.14 Previsibilidad:** implica disponer de la información adecuada, suficiente y a tiempo para poder realizar de forma correcta el trabajo adaptándose a los cambios. La falta de previsibilidad está relacionada con la ausencia de información y con las prácticas de comunicaciones centradas en cuestiones superfluas y no en las cotidianas y relevantes del trabajo. (12)
- 2.3.6.15 Influencia:** Es el margen de decisión que tiene la persona que realiza el trabajo en el día a día de su actividad, en concreto, en relación a las tareas a realizar y cómo realizarlas. Puede guardar una alta relación con las posibilidades de desarrollo.(12)
- 2.3.6.16 Calidad de liderazgo:** Se refiere a la calidad de la gestión de equipos humanos que realizan los mandos inmediatos. Esta dimensión está muy relacionada con la dimensión de apoyo social de superiores. (12)
- 2.3.6.17 Apoyo social de los superiores:** hace referencia a recibir la ayuda necesaria y cuando se necesita por parte de los superiores para realizar bien el trabajo, la falta de apoyo de los superiores tiene que ver con la falta de principios y de procedimientos concretos de gestión de personal que fomenten el papel del superior como elemento de apoyo al trabajo del equipo, departamento, sección o área que gestiona' (12)
- 2.3.6.18 Claridad del rol:** Es el conocimiento concreto sobre la definición de las tareas a realizar, objetivos, recursos a emplear y margen de autonomía en el trabajo. Tiene que ver con la existencia y el conocimiento por parte de todos los trabajadores de una definición concisa de los puestos de trabajo, del propio y del de las demás personas de la organización' (12)
- 2.3.6.19 Sentimiento de grupo:** Es el sentimiento de formar parte del colectivo humano con el que trabajamos cada día. Se comprende como el componente emocional del apoyo social y como un indicador de la calidad de las relaciones en el trabajo. Se deteriora cuando el trabajo promueve el aislamiento y la competitividad interpersonal en lugar del trabajo en equipo y la cooperación. (12)

- 2.3.6.20 Justicia:** se refiere a la medida en que las personas trabajadoras son tratadas con equidad en su trabajo, a su vez se relaciona con la existencia de procedimientos que puedan impedir la arbitrariedad de las decisiones(12)
- 2.3.6.21 Reconocimiento:** es la valoración, respeto y trato justo por parte de la dirección en el trabajo hacia las tareas y actividades que debe realizar el personal. (12)
- 2.3.6.22 Confianza vertical:** Es la seguridad que se tiene de que dirección y trabajadores actuaran de manera adecuada o competente. En una relación de poder desigual, la confianza implica la seguridad de que quien ostenta más poder no sacará ventaja de la situación de vulnerabilidad de otras personas, también tiene que ver con la fiabilidad de la información que fluye desde la dirección a los trabajadores, y con el nivel en que éstos puedan expresar su opinión. (12)
- 2.3.6.23 Posibilidades de desarrollo:** Es el nivel de oportunidades que el trabajo para poner en práctica los conocimientos, habilidades y experiencia de los trabajadores y adquirir nuevos, se relaciona directamente con los niveles de complejidad y variedad de las tareas, siendo el trabajo estandarizado y repetitivo, el paradigma de la exposición nociva. (12)
- 2.3.6.24 Sentido del trabajo:** Es la relación que el trabajo tiene con otros valores distintos de tener un empleo y obtener ingresos, tales como la utilidad, la importancia o el valor social o el aprendizaje que implica, se relaciona con contenido del trabajo, con el significado de las tareas por sí mismas, y la visualización de su contribución al producto o servicio final. El sentido del trabajo facilita afrontar las exigencias. (12)

Como se observa, en términos generales se puede decir que todo riesgo psicosocial surge de una relación negativa, entre las condiciones de trabajo y las capacidades y necesidades del trabajador.

El impacto que dichos factores de riesgo puedan tener en el trabajador suele seguir un proceso que no necesariamente es inmediato al generar un resultado; así este dependerá de las características del factor de riesgo, el tiempo al cual el trabajador está expuesto al

mismo, la vulnerabilidad del trabajador frente a la situación, etc. Así dependiendo de la situación se observan 2 tipos de respuesta; *la acomodación pasiva*, en donde el trabajador se ve sujeto a una reducción de interés por participar y cambiar su realidad, sumiendo al individuo en un estado de relativo desamparo empobreciendo su “capacidad de lucha”, contra la situación inconveniente. Por otro lado se encuentra la *respuesta de estrés*, la misma que tiene componentes fisiológicos, físicos y motores, y que dependiendo de la intensidad del estresor, su duración y las capacidades de la persona, podrá ser beneficiosa o perjudicial.(5)

2.4 Predisposición para patologías mentales:

La epidemiología se encarga de valorar tanto los factores de riesgo como los predisponentes para presentar un trastorno mental, así; un trastorno mental se presentará siempre y cuando un elemento primario se relacione con características propias de la persona que representen una susceptibilidad para el mismo. En la búsqueda por los factores predisponentes se ha encontrado que lo hereditario y lo social interaccionan en los pacientes para provocar predisposición. Entre los factores más investigados se encuentran la separación o pérdida de la madre en la niñez, el estilo de los padres, los eventos vitales adversos, el desempleo, la migración, las experiencias extremas la herencia.(13)

En la actualidad se continúan desarrollando métodos para entender mejor la influencia conjunta de factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud mental, lo cual ayudara no solo a comprender la etiología sino también la fisiopatología y la clasificación de los trastornos mentales. (13)

2.5 Etiología: desde siempre el hombre se interesa por comprender la naturaleza de los síntomas psicopatológicos, en un inicio comprendiéndolos de manera parcial explicándolos por medio de la magia o religión, lo cual permitió que en su época, y por

falta de entendimiento, se cometieran varias injusticias, como la condena de los enfermos mentales a la hoguera por parte de la inquisición. La investigación actual de factores etiológicos que expliquen las patologías mentales ha tomado como eje a la biología con la cual se pueda identificar un patrón de acción fisiológico (como el caso de los neurotransmisores), que en contraste con situaciones a la que un paciente esté expuesto, y tras pasar por el filtro de sus susceptibilidades desencadene o no una patología mental. Sin embargo la investigación actual resulta todavía difícil ya que no existen modelos animales que se puedan extrapolar totalmente con la respuesta humana, así por ejemplo los ratones de laboratorio pueden dar información sobre la respuesta neurofisiológica frente a cierto estímulo, mas no sobre los mecanismos psicológicos con los cuales un humano los afrontaría. Sin embargo la evidencia actual arroja ciertos datos que están al momento fuertemente asociados con la aparición de patologías mentales, los mismos que se presentan a continuación. (13,14)

2.5.1 Factores genéticos: la evidencia con la que se cuenta hasta el momento no es concluyente del todo, sin embargo la investigación ha arrojado datos de utilidad, así ahora se sabe que el comportamiento responde a la acción no de uno sino de varios genes (oligo / poligénica). Los factores genéticos como generadores de enfermedad son diferentes para cada patología, y dependen de la expresión variable de dichos genes, la penetrancia de los mismos, heterogeneidad genética, entre otras. En el caso de la esquizofrenia los estudios demuestran que el poseer un familiar de primer grado con dicho trastorno genera 17% de riesgo de padecerla, en el caso de los trastornos de pánico la morbilidad en familiares de pacientes con trastornos de pánico es de 7.7% a 20.5% mayor que en la población general, entre otros. (13,14)

2.5.2 Teoría de neurotransmisores: tras los descubrimientos recientes sobre la función que tienen los neurotransmisores y su mecanismo de acción varias patologías han sido asociadas a su anormal funcionamiento;

así por ejemplo está ya establecido la deficiencia de dopamina en la enfermedad de Parkinson, sobre todo en el circuito nigro-estriatal que es el responsable de los movimientos voluntarios, mientras que su exceso se observa en la esquizofrenia. Estas mismas vías serotoninérgicas se ven alteradas en los circuitos mesolímbico, responsables del control de los impulsos y la función instintiva; el circuito tuberoinfundibular, relacionado con los precursores de secreción del hipotálamo e hipófisis. Por otro lado, y a su vez tras conocer el papel que juega la serotonina, se ha observado que la disminución de su disponibilidad en el espacio sináptico, dado por un defecto en el gen que codifica la proteína de transporte del neurotransmisor, se ha asociado con trastornos obsesivos, depresión, ideación suicida y consumación de suicidios violentos. La evidencia actual ha tenido utilidad para la instauración de nuevos tratamientos, así los IRSS (Inhibidores de la recaptación de serotonina) para los trastornos antes expuestos, etc. (13,14). La acetilcolina está distribuida en vías nerviosas del sistema periférico y dentro del cerebro, pero sobre todo en el tallo cerebral y tiene que ver con efectos excitadores de la conducta, la noradrenalina es esencialmente un compuesto periférico, pero en el sistema nervioso central se encuentra en abundancia en el hipotálamo y en la formación reticular del tallo cerebral. El ácido gamma amino butírico (GABA), es un transmisor inhibitorio y funciona junto con los canales de cloro y los receptores benzodiazepínicos, produciendo neuroinhibición.

2.5.3 Hormonas, afecto y comportamiento: actualmente el desarrollo de las neurociencias ha generado pruebas de cómo las hormonas tienen un papel importante en el eje hipotálamo hipófisis, al momento se ha observado la relación entre la presencia de comportamientos agresivos, dominancia, pubertad precoz, trastornos sexuales asociados con la

violencia en pacientes con niveles de testosterona elevados, por otro lado la tasa de demencia en mujeres también sugiere una diferencia de tipo hormonal. (13,14)

2.5.4 Diferencias cerebrales funcionales y género: la pérdida celular en áreas cerebrales concretas (núcleo preóptico, hipocampo, lóbulos temporales, etc.) se inicia a diferentes edades dependiendo del sexo, presentándose antes en el sexo masculino. Lo cual deviene al final a la presencia de una “asimetría cerebral”, hallazgo que se ha correlacionado con la presencia de esquizofrenia. (13,14)

2.5.5 Diferenciación sexual: la diferenciación sexual está predeterminada por la presencia de los cromosomas sexuales en la formación del gameto y por la exposición a testosterona, dependiendo de la situación diferentes hormonas actuarán en áreas específicas del cerebro mejorando ciertas capacidades, así por ejemplo se ve que en los hombres existe una mejor capacidad para realizar tareas de tipo espacial (como rotar un objeto, etc), la lectura de mapas y la lectura de mapas, por otro lado en el caso de las mujeres se observa una mejor capacidad en cuanto a tareas de cálculo matemático, memoria auditiva, funciones motoras finas y la memorización visual de rutas. (13,14)

2.5.6 Lateralidad cerebral y lenguaje: en términos generales el hemisferio izquierdo está relacionado con las habilidades verbales, el razonamiento y el pensamiento analítico, mientras que el hemisferio derecho se relaciona con la percepción y pensamientos emocionales no verbales o intuitivos. En general las mujeres sobrepasan a los hombres en la percepción de detalles visuales finos, en la comprensión del significado de gestos y tonos de voz asociados a afectos, tareas típicas del lado derecho, aunque no se observe en la totalidad de ocasiones la predominancia de dicho hemisferio en este

género, si se observa mayor propensión a problemas del lenguaje y autismo en hombres, evidencia que por el momento se encuentra relacionada con la lateralidad cerebral. (13,14)

2.5.7 Psicopatología y género: en la práctica clínica se observa mayor incidencia de ciertas patologías dependiendo del género, al igual que una diferencia en la presentación de las mismas. Así por ejemplo se ve una mayor proporción de trastornos depresivos, de ansiedad, Alzheimer y síndrome de intestino irritable en mujeres, mientras que en los hombres los trastornos más frecuentes son los maníacos, la esquizofrenia, retraso mental, autismo y abuso de sustancias como alcohol y otras. La esquizofrenia cuando se presenta en mujeres tiende a tener mayor cantidad de síntomas negativos, se presenta más tardíamente y tiene un mejor funcionamiento premórbido, en el caso de los trastornos depresivos la mayor cantidad de consultas es recibida por mujeres, de las cuales el 82% requiere tratamiento antidepresivo, mientras que los hombres solamente lo requieren el 18% de las ocasiones. (13,14)

2.5.8 Factores psicosociales: los factores psicosociales generan un gran impacto en cuanto a la aparición de trastornos mentales, así y relacionado también con el género, las mujeres de entre 40 – 55 años tienen tasas de enfermedad cardíaca mayores que el resto de la población, asociados a que no se percibe un adecuado reconocimiento en su desempeño diario, su rol familiar y se evidencia en la mayoría de los casos una incongruencia entre las aspiraciones vitales y los logros. Por otro lado en trabajadores expuestos a contaminación acústica se evidencia un mayor consumo de fármacos que en la población general y también una elevada propensión a enfermedades cardíacas. Las relaciones familiares también suponen una fuente poderosa de estrés, ya que en ocasiones los padres y los hijos tienen puntos de vista en desacuerdo acerca de los propios valores y expectativas, entre los

cónyuges los generadores de ansiedad más frecuentes son desavenencias en el punto de vista de inversión del dinero, distribución del tiempo, y la educación de los hijos. La moda también juega un papel importante, así desde la instauración de la cultura de *top models*, se ha evidenciado un mayor índice de patologías como anorexia nerviosa. (13,14)

Los acontecimientos vitales catastróficos tienen un papel en la génesis de patologías por estrés que no se puede negar, así por ejemplo tras los eventos del 11 de septiembre se encontró que 44% de los encuestados reportaron uno más síntomas del mismo, como estrategias para manejo de las mismas se utilizaron hablar del tema en 98% de las ocasiones, regresar a la actividad religiosa en 90%, participar en actividades de grupo en 60% y realizar donaciones para los damnificados en 36% de las ocasiones.

En los casos en los que ha habido abuso sexual en la infancia, se han encontrado una mayor prevalencia de casos de intestino irritable, explicado por el hecho de que el sistema en desarrollo del niño se encuentra en permanente estímulo de corticoides de estrés lo cual afecta la correcta formación del sistema gastrointestinal. Por otro lado se observa que en la adultez se pueden encontrar casos de depresión que suelen ser más intensos y con tendencia a ser crónicos. (13,14)

2.5.8.1 El stress como factor determinante en la etiopatogenia de los trastornos mentales

2.5.8.2 Referencia histórica:

La palabra “*estrés*” tiene su origen en un vocablo latín; *stringere*, el que significa tensar. A pesar de su significado textual existe evidencia que desde sus inicios fue utilizado no tanto para designar esfuerzos físicos, sino más bien para designar

situaciones de adversidad o desgracia. A pesar de esto el término evolucionó en el tiempo y fue utilizado en su significado original, sobre todo en campos como la ingeniería.(1)

Por primera vez se utiliza en la medicina por Osler, quien realizó estudios en los campos de concentración nazi, observando la alta prevalencia de angina de pecho en judíos en relación con la exposición a los trabajadores forzados a los que eran expuestos. (13,14)

Con el pasar del tiempo el estudio de las respuestas del organismo frente a un potencial riesgo comienzan a cobrar importancia en las comunidades científicas, así en un inicio *Janus y Lange*, proponen la idea que frente a un potencial riesgo el organismo inicia una serie de cambios, los mismos que son percibidos por el organismo como desagradables, razón por la cual se genera una sensación desagradable. Posteriormente Walter Cannon, genera su propia teoría a la que llega observando las reacciones de pánico en gatos cuando son expuestos a perros, pudiendo repetir dichas reacciones exactas con inyecciones de adrenalina en otros. Con los experimentos que realizó, explica, que discrepa con Janus y Lange, proponiendo que los cambios que inicia el organismo al percibir un riesgo, no se dan en cada uno de los sistemas observados por separado, sino que tienen todos como origen común, el sistema nervioso central, siendo su principal órgano efector la medula suprarrenal. (13,14)

En 1930 las comunidades científicas del mundo empiezan a acudir a las conferencias sobre los resultados de las investigaciones del Dr. Janos “Hans” Selye, endocrinólogo de origen húngaro, sobre lo que en un inicio llamó **“Síndrome General de Adaptación”**. En sus exposiciones lo define como un conjunto de síntomas observados en los animales de laboratorios que eran expuestos a cierto tipo de estímulos, dichos síntomas no eran específicos, es decir actuaban, no en uno, sino en varios sistemas; así cardiovascular, nervioso, gastrointestinal, etc., e

hipotéticamente habilitaban al organismo para responder de mejor manera a las demandas que “el estímulo” generaba. Posteriormente, y haciendo una analogía con el efecto que ciertas fuerzas físicas tienen sobre la resistencia de algunos materiales alterando su conformación de alguna manera, como un resorte que cede frente a un peso muy elevado, se relaciona nuevamente con la medicina el término estrés. (13,14)

En las investigaciones realizadas, Hans Selye cataloga al estrés, en términos generales, como un mecanismo defensivo normal, iniciado como estrategia psicológica por parte de del organismo frente a una situación amenazante y que consta con tres fases: de alarma; en donde los mecanismos para afrontar la amenaza se preparan, resistencia; en donde dichos mecanismos se ponen en práctica, y de agotamiento; en donde dichos mecanismos suponen un desgaste mantenido en el individuo. Cuando este mecanismo tiene una utilidad, y sirve como estrategia de afrontamiento adecuado y normal, lo denominó eutrés. (13,14)

Por otro lado existían circunstancias en las cuales las demandas del estímulo resultaban sobrecogedoras para el sujeto de estudio, en dichas situaciones la intensidad del estrés resultaba muy alta y tenía un efecto *desadaptativo*, es decir que dificultaba la respuesta del organismo frente al estímulo. Cuando esto sucedía el nombre que se le dio al síndrome fue distrés, o estrés patológico. Cabe recalcar que en el uso corriente se utiliza la palabra “estrés” para denominar su manifestación patológica en términos generales, siendo esto un error. (13,14)

Tras haber descrito el síndrome las investigaciones continuaron ahondando sobre los causantes del mismo, tras varias pruebas, se encontró que cualquier tipo de estímulo que demandara un cambio en el entorno del sujeto de estudio y que consecuentemente demandara una respuesta del mismo para afrontarlo generaba estrés, a este grupo de estímulos se los denominó estresores. (13,14)

A pesar del gran aporte que los estudios de Selye representaron a la teoría del estrés, todavía no se daba importancia a su relación con la emoción y la cognición del individuo, hasta que se publicaron los estudios de Richard Lazarus, psicólogo estadounidense, en los cuales no plantea al estrés como una reacción necesariamente estereotipada frente a un riesgo, sino más bien como una respuesta al resultado de la relación entre las demandas ambientales y las capacidades de adaptación del individuo. Por lo tanto solamente será interpretado un estresor como tal, cuando sea percibido como un estímulo que necesitará un cambio ya que sobrepasa las capacidades normales del organismo frente a dicha situación. (13,14)

A pesar que hasta el día de hoy no se consta con una explicación total sobre el mecanismo del estrés que pueda explicar en todos casos el fenómeno que se observa, el nivel de satisfacción emocional de una persona ha ido tomando importancia día a día, al igual que todo tipo de elementos que potencialmente puedan afectarlo; más aún en la sociedad actual, en donde las demandas psicológicas crecen exponencialmente junto con trabajos más complejos, necesidades mayores, riesgos varios y estilos de vida demandantes. (13,14)

Históricamente se hace referencia a los riesgos psicosociales por primera vez en 1984 en el trabajo “Los factores psicosociales del trabajo: reconocimiento y control”, publicado por la organización internacional del trabajo, desde donde ya se hace énfasis en la necesidad de investigar más a fondo los “estresores” laborales por su impacto potencial, a pesar de la dificultad que representa su dificultad de formulación objetiva y su alta complejidad. (1)

A pesar de lo poco que todavía se sabe acerca de la respuesta del organismo frente a situaciones desafiantes, existe evidencia de la correlación entre la respuesta del organismo y la activación de varios sistemas humorales como ya se explico.

¿Qué impactos por lo tanto tendrá el organismo frente a una activación crónica de estos mecanismos destinados a priori a ayudar al cuerpo a sobrellevar una situación?

2.5.8.3 Mecanismo fisiológico:

La evidencia actual toma al eje simpático como principal en la reacción orgánica del estrés. Observando que sus efectos tienen como objetivo movilizar energía hacia músculo esquelético y cerebro, para permitir un gasto rápido y elevado de la misma en mecanismos de combate o huida (*fight or flight*). (13)

En los citados mecanismos tienen importancia los efectos generados por las catecolaminas (noradrenalina, adrenalina), quienes representan el primer frente de respuesta, generando efectos enfocados al combate, que en términos generales son de instauración rápida, de efecto corto y de poca eficiencia. El eje será posteriormente relevado por los corticoides, cuyo efecto se enfoca más en mejorar la resistencia del organismo frente a la agresión; el mismo necesita unos pocos minutos para iniciar, teniendo una duración mayor y utiliza mecanismos energéticos más eficientes. (13)

Tabla 4

Catecolaminas y Corticoides

Catecolaminas	Corticoides
Características: <ul style="list-style-type: none"> • Reacciones destinadas a luchar • Efecto de instauración rápida y duración corta (2-5 min) • Retroalimentan al eje de corticoides estimulando la secreción de CRH en el hipotálamo 	Características: <ul style="list-style-type: none"> • Reacciones de resistencia • Toma la posta del efecto de las catecolaminas, efecto de instauración posterior pero duración mayor • Estimulan al locus coeruleus a la secreción de más catecolaminas

<ul style="list-style-type: none"> • Se benefician del efecto potenciador de los corticoides • Se encuentran almacenadas en reservorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Potencian el efecto de las catecolaminas mejorando el coeficiente adrenalina-noradrenalina • No tienen reservorios se sintetizan tras el estímulo
Reservorios: <ul style="list-style-type: none"> • Células enterocromafines de médula suprarrenal • Vesículas de terminaciones nerviosas simpáticas 	Mecanismo del eje para la síntesis: <ul style="list-style-type: none"> • Secreción de CRH por hipotálamo tras estímulo • CRH estimula a las células de la hipófisis anterior a la secreción de ACTH • Síntesis por parte de las células de la corteza suprarrenal
Efectos: <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Aumento de la presión arterial • Broncodilatación • Vasodilatación (cerebral y muscular) • Vasoconstricción (sistema gastrointestinal) • Glucogenólisis • Lipólisis • Termogénesis • Piloerección 	Efectos: <ul style="list-style-type: none"> • Estimula la secreción de Beta endorfina (mejorando la tolerancia al dolor) • Gluconeogénesis por catabolismo proteico • Inhibición de las reacciones e agresión propias del organismo (ej. Estabiliza lisosomas de macrófagos e inhiben la síntesis de citocinas)

Fuente: Esta investigación

Elaborado por Chavez P. 2014

2.5.8.4 Factores generadores de estrés:

Se denomina factor estresante a todo posible estímulo que demande del sujeto un cambio, a fin de adaptarse a la nueva situación o de modo que pueda enfrentarla de la mejor manera. Los factores estresantes pueden tener características, de las cuales depende el impacto que podrán tener en la persona que lidia con ellas.

Estas son cualitativas; así: qué tipo de estímulo es o la naturaleza del mismo, y cuantitativas; describiéndose aquí la intensidad del estímulo y su duración. (13)

De lo antes expuesto cabe recalcar que el estímulo estresor junto con sus características se deberá relacionar con las capacidades cognitivas de la persona para al final generar una respuesta que podrá ser negativa o positiva dependiendo de si las capacidades del individuo son en, términos generales, sobrepasadas o no.

Estudios demuestran que, independientemente de las capacidades del sujeto de estudio, elementos propios del estresor tienen una gran importancia en la respuesta que se puede obtener. Así se dice que un estímulo será más estresante cuando no se puede anticipar ninguna característica del mismo, como sería el caso de no saber el inicio o duración del mismo (imprevisibilidad), y cuando genera una sensación de poco control (pérdida de control). Experimentos en laboratorios demuestran que de estas dos características, la que más impacto tiene es la imprevisibilidad, así prefiriendo un estímulo previsible antes que otro de cualquier otra característica. (13)

En animales de laboratorio se ha demostrado que un nivel de control alto se relaciona con un menor grado de activación de los sistemas neurofisiológicos del estrés, como el eje hipotálamo, hipófisis, adrenales. A su vez el estar expuesto a situaciones similares al estímulo estresor en previas ocasiones, generaban en los animales de pruebas una menor activación de los sistemas antes expuestos, lo cual se denominó como efecto de adaptación o habituación. Sin embargo en las pruebas realizadas en humanos la evidencia encontró que si bien el eje hipotálamo hipófisis adrenal se activaba en menor proporción en las siguientes exposiciones a un mismo estresor, las cantidades de noradrenalina y adrenalina se mantenían iguales que en un inicio, y también la percepción emocional del estímulo se mantenía invariable. Lo cual sugiere que los mecanismos antes expuestos tienen

relación entre sí en la respuesta del estrés, sin embargo también demuestran que son independientes. (13)

Tomando en cuenta que la respuesta al estrés se da tras una relación de la capacidad del individuo (mecanismos de afrontamiento, etc.) con el elemento estresor, se puede deducir que la respuesta será variable. Sin embargo la evidencia demuestra que cualquier estresor que tenga una elevada intensidad, un nivel alto de imprevisibilidad, y sobre el cual tenemos un bajo nivel de control, se relaciona con la aparición de patologías asociadas al estrés.(1)

2.5.8.5 Niveles de susceptibilidad al estrés.

Tras descubrirse la relación que hay entre las enfermedades orgánicas y el estado psíquico de una persona (medicina psicosomática), cada día ha ido tomando más importancia el encontrar elementos psíquicos que puedan predisponer a una persona a enfermedades. En relación a las patologías generadas por el estrés la investigación ha sido muy grande pero hasta el momento no todos los hallazgos son concluyentes. (5)

En las pruebas realizadas en animales de laboratorio no se ha podido asociar enteramente un fenotipo que sea siempre hiperreactivo al estrés, en cuanto se refiere a patologías orgánicas relacionadas con el mismo, tampoco así se ha podido demostrar que existan grupos que en todas las situaciones reaccionen frente a estresores con una respuesta más del eje adrenal antes que de catecolaminas y viceversa, aunque en ciertos grupos parece existir cierta predisposición fisiológica por uno de los ejes, esta respuesta no es estereotípica y depende de la característica del estresor. En cada una de las pruebas realizadas en ratones se pudo ver también que existe una baja correlación entre los diferentes marcadores fisiológicos de estrés (cortisol, adrenalina, etc), razón por lo cual la evidencia arroja

dos hipótesis por el momento; 1. No existe un fenotipo demostrable al momento que pueda decirse que es hiperreactivo al estrés de manera general; y 2. El hecho de que un individuo sea susceptible a una patología por estrés (ej. Hipertensión), no lo hace necesariamente susceptible al resto de patologías (ej. Inmunosupresión). Por lo tanto la evidencia concluye explicando que existe predisposición de un organismo a entidades específicas asociadas con el estrés, pero no existe un fenotipo al que se pueda catalogar como predispuesto para presentar todas las enfermedades relacionadas con el estrés.(13)

Como se explicó anteriormente no es fácil poder evidenciar un modelo poblacional de susceptibilidad al estrés, por lo tanto resulto necesario intentar buscar modelos más individuales. Por esta razón en 1950 *Friedman y Rosenman*, plantean por primera vez modelos de personalidad que podían relacionarse con la forma en la cual un sujeto afrontaba una situación de estrés. Estos modelos explican la personalidad de tipo “A”, llamados también proactivos, describiéndola como emprendedora, competitiva, hostil, con una respuesta fisiológica mas preferente a catecolaminas y mayormente relacionada con el riesgo cardiovascular; y la personalidad tipo “B” o reactiva, la cual es pasiva, flexible, y que tiene a la resistencia como mecanismo más común de respuesta al estrés y fisiológicamente demuestra una mayor actividad del eje Hipotálamo, hipófisis, adrenal (corticoides) frente a un estresor. (13)

Tabla 5

Diferencias entre la respuesta neuroendócrina de los estilos de personalidad proactivos y reactivos

	<i>Proactivos</i>	<i>Reactivos</i>
Eje hipotálamico-hipofisario-gonadal (testosterona)	Alta	Baja
Eje hipotálamico-hipofisario-adrenal (cortisol/corticosterona)	Baja	Alta
Hipotálamo (ARNm del CRF)	Sin respuesta	Alta
Hipocampo (ARNm de los receptores MR)	Sin respuesta, excepto incremento en CAI	Alta
Hipófisis (ACTH como porcentaje del basal)	Baja	Alta
Sensibilidad del córtex adrenal	Baja	Alta
Sistema nervioso simpático	Alta	Baja
Sistema adrenomedular (adrenalina y noradrenalina)	Alta	Media
Sistema nervioso parasimpático (variabilidad de la tasa cardíaca)	Baja	Alta

Fuente: Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención

Elaboración: 2011

ACTH: adenocorticotropina, ARNm: ácido ribonucleico mensajero, CAI: cornus amonis de la formación hipocámpal, CRF: factor liberador de corticotropina, MR: receptor de mineralocorticoides

En las mejores circunstancias el trabajo tiene un efecto positivo en la vida de las personas, como ya se ha explicado, mejorando su autoestima, permitiendo superación socioeconómica e incluso en ciertas ocasiones sirviendo como terapia, por ejemplo en los pacientes esquizofrénicos cuya condición no les impide trabajar se han evidenciado niveles menores de ansiedad.(1)

Sin embargo cuando la situación laboral es desfavorable en cuanto a riesgos el fenómeno que toma parte es el resultado de la relación entre un factor individual de predisposición constitucional diferente para cada persona, y un factor profesional que ejerce una influencia favorecedora en relación con las condiciones de trabajo. A la predisposición individual frente a un factor psicosocial se le denomina vulnerabilidad(15); en tanto que la capacidad del individuo para salir fortalecido de una crisis o de un factor psicosocial nocivo se denomina resiliencia

2.5.8.6 Definición de Vulnerabilidad:

Según el diccionario de la real academia de la lengua española vulnerabilidad se define como el adjetivo que sirve para designar la capacidad de ser herido recibir lesión, física o moralmente.(16,17) Concretamente en el ámbito psicosocial se refiere a la capacidad intrínseca de la personalidad de una persona que lo predispone a padecer de un trastorno psíquico.

Dentro de las patologías asociadas a factores de riesgo psicosocial es necesario tomar en cuenta la vulnerabilidad específica para trastornos afectivos y depresión, presentándose esta cuando existe una personalidad en la que se envuelven pensamientos autorreferidos negativos absolutos y generalizados hacia la misma persona.(18) A dicha teoría se la ha denominado “Diátesis – Estrés”, representando las diátesis todos los componentes de vulnerabilidad psicológica, que predisponen a la persona a padecer estos trastornos. Dichas diátesis permanecen latentes en el individuo hasta que exista una interacción con factores negativos o sucesos estresantes, los cuales aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno, así y según este modelo, frente a una misma situación, las personas con dichos factores de vulnerabilidad tendrían mayor riesgo de presentar trastornos afectivos que las que no.(1)

Cabe recalcar que dentro de la aproximación Diátesis – estrés, el modelo cognitivo es el que más investigación ha generado y mejores resultados ha arrojado. Este plantea que las variables que determinan riesgo para que una persona se deprima y otras no ante los mismos acontecimientos están relacionadas con la forma de procesar la información. En este modelo, independientemente del estudio realizado, se concuerda en que los sesgos cognitivos son un elemento fundamental que favorece la aparición y el mantenimiento de episodios afectivos. En este sentido la evidencia actual demuestra que la intensidad de reacciones depresivas se puede predecir por la interacción entre un nivel elevado de actitudes y cogniciones disfuncionales (ánimo negativo, pesimismo), con la aparición de sucesos estresantes de tipo general. (18)

A pesar que la investigación en cuanto a vulnerabilidad para los mencionados trastornos ha sido grande, hasta el momento se ha podido establecer los factores antes expuestos más como elementos que ayudan a mantener el episodio afectivo, más que como factores de vulnerabilidad. (18)

Con lo que respecta a los trastornos de ansiedad, se realizó un estudio en usuarios de la consulta externa de la facultad de psicología, en la misma se utilizó la Entrevista neuropsiquiátrica internacional, el cuestionario de esquemas de Young y el cuestionario de creencias centrales de trastornos de la personalidad, el inventario de pensamientos automáticos y el cuestionario de estrategias de afrontamiento. Los resultados obtenidos por dicha investigación indicaron que el perfil de riesgo cognitivo para trastornos de ansiedad se caracterizó por esquemas de abandono, desconfianza/abuso, estándares inflexibles e insuficiente autocontrol/disciplina. Junto con los trastornos antes expuestos a su vez se asociaron otros, así dependencia, trastorno paranoide, evitación, trastorno esquizotípico, límite y antisocial, por otro lado sensación de incontrollabilidad frente a eventos percibidos como peligrosos se encuentran también en estos tipos de personalidades.(1)

2.5.9 Teorías intrapsíquicas: las teorías intrapsíquicas centran su atención a la comprensión de los síntomas o patologías entendidos como adaptaciones compensatorias o defensivas ante una alteración básica, producida por un evento traumático ocurrido con frecuencia en la infancia. La ansiedad es el síntoma principal que sugiere alteración psicológica. Se señalan tres clases de experiencias que pueden dar lugar a un desarrollo patológico: a) la intensidad de la frustración de las necesidades básicas, b) los conflictos a los que está expuesto el niño y c) las actitudes y circunstancias en que se han aprendido las experiencias. (13)

2.5.10: Teorías del comportamiento y aprendizaje: se postula que las patologías mentales surgen tras el aprendizaje de conductas psicológicas desadaptativas frente a situaciones concretas que el paciente ha acumulado a lo largo de su vida. Dichas conductas pueden ser olvidadas, hecho que sirve en el tratamiento, o aprendidas de nuevo en circunstancias que lo propicien. Así por ejemplo si una persona tiende a reaccionar generalmente con ansiedad frente a una situación amenazante, esa será su respuesta estereotípica en la gran mayoría de circunstancias. (13)

2.6 Trastornos psiquiátricos más frecuentes en el ámbito laboral:

2.6.1 Trastorno psíquico:

A pesar que no se requiere de la presencia de trastornos psíquicos concretos para determinar que existe una alteración en una persona, no se debe pasar por alto la existencia de las mismas.

Un trastorno psíquico es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación puede acompañarse de síntomas varios y usualmente no específicos, como dolor, el deterioro de un área de funcionamiento, etc.(1)

Para el año 2002 las condiciones neuropsiquiátricas en el mundo solo explicaron el 1% de las muertes a nivel global, sin embargo respondieron al 13% de la carga de enfermedad y 28% de los años vividos con discapacidad en el mundo.(19) Un estudio realizado en docentes mexicanos demuestra que las patologías que más afectaban a los profesores eran dolores y traumatismos en un 10.7% mientras que 4.8% presentaban problemas ligados a la salud mental. Sin embargo el 80% del universo presentaba riesgo para presentar Burnout y más del 30% presentaba ya algún tipo de trastorno psíquico, dentro de los más comunes dificultades para relajarse, agotamiento fácil, temblores, miedo, etc.(20)

Dependiendo del estudio las patologías prevalentes citadas varían, sin embargo en las que mayor medida se repiten se pueden nombrar falta de concentración y atención, alteraciones de la memoria, pérdida del sentido del humor, sentimiento de alienación y soledad, impaciencia, labilidad emocional, baja autoestima, ansiedad, depresión, sensación de vulnerabilidad y miedo. (20)

En un estudio realizado en España, los resultados demuestran que casi la totalidad del personal considera que la relación médico – paciente afecta sobre su salud, la mayoría sobre la salud psíquica. (18,21)

2.6.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas: el consumo de sustancias varias en el personal de salud es estadísticamente mayor que el de la población general, en términos generales se habla del mismo como respuesta a la ansiedad o como un mecanismo de escape del ámbito laboral el cual se percibe como amenazador. Los datos demuestran que una de las causas de incapacidad más frecuentes en los médicos e la cirrosis hepática directamente asociada al elevado consumo de alcohol, consumo que también se ve elevado en la toma de analgésicos, sedantes, hipnoinductores, estimulantes, tabaco entre otros(1). Dentro de las patologías asociadas al consumo de sustancias más específicas asociadas a factores de riesgo psicosocial, se pueden citar.

- Consumo de alcohol
- Consumo de cannabinoides
- Consumo de sedantes
- Consumo de cocaína
- Consumo de tabaco.

Dentro de las patologías asociadas al consumo de las sustancias antes expuestas se debe nombrar:

2.6.2.1 Intoxicación aguda: se trata de un estado transitorio que se presenta tras el consumo de una sustancia psicotrópica o alcohol, en la misma se observan alteraciones de la cognición, de la percepción, de la conciencia, de la afectividad, del comportamiento de otras funciones fisiológicas, etc. Se considera este trastorno como presente siempre que no se observen patologías adicionales relacionadas con el consumo de sustancia.(22)

2.6.2.2 Consumo perjudicial: se trata de una forma de consumo en la cual se ve afecta la salud física, mental o social del paciente, en términos generales deviene en problemas adicionales con terceros, rupturas matrimoniales, etc. (22)

2.6.2.3 Síndrome de dependencia: se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, cognoscitivas y comportamentales, que demuestran una máxima prioridad en la vida del paciente para consumir cierto tipo de sustancia, dándole a su consumo mayor importancia que cualquier otro tipo de comportamiento que haya poseído en el pasado. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida de las características del síndrome de dependencia, situación que no se observa en individuos que no sean dependientes. (22)

2.6.2.4 Síndrome de abstinencia: se trata de un conjunto e síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. En ocasiones puede complicarse con convulsiones o presentando delirium. (22)

2.6.2.5 Trastorno psicótico: se trata de un trastorno que se acompaña por el consumo de una sustancia o se presenta inmediatamente después del

mismo, caracterizado por alucinaciones vívidas, falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia, trastornos psicomotores y estados emocionales anormales que pueden ir desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Los trastornos psicóticos tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. (22)

2.6.2.6 Síndrome amnésico: se trata de un deterioro notable y persistente e la memoria para hechos recientes, con ocasional deterioro de la memoria remota y la capacidad de aprender nuevas cosas, mientras la capacidad de evocar recuerdos inmediatos se encuentra conservada. Suele acompañarse de un trastorno del sentido del tiempo con dificultad para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado. (22)

2.6.2.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por sustancias psicótropas: se trata de estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotrópicas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia. (22)

2.6.3 Trastornos del humor o afectivos: en términos generales se habla de trastornos del humor o afectivos aquellos que implican una alteración del humor o la afectividad que varían generalmente entre la depresión y la euforia, acompañándose o no de ansiedad y que de cierto modo alteran el nivel general de actividad de la persona (vitalidad). La mayoría de síntomas que acompañan a estas patologías suelen ser secundarios a las alteraciones antes expuestas. Los trastornos afectivos suelen tener un curso recidivante y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o sucesos estresantes.(22) Estudios laborales realizados en España demuestran que la práctica clínica es perjudicial en el ámbito

anímico en 27.6% del personal y 5% del personal se deprimía bastante o mucho(22)

Dentro de los trastornos afectivos relacionados con el ámbito laboral conviene señalar los siguientes:

2.6.3.1 Episodios depresivos: en estos trastornos el paciente presenta un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. En los trastornos depresivos también es usual encontrar manifestaciones como: (22)

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil
- Perspectivas futuras sombrías
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión
- Trastornos de sueño
- Pérdida del apetito

La depresión del estado de ánimo suele ser constante y varia escasamente de día a día, no suele responder a cambios ambientales y puede presentarse variaciones circadianas del mismo. En ciertas ocasiones este ánimo puede encontrarse enmascarado por malestares que forman parte del trastorno, como la irritabilidad, alcoholismo, ansiedad, exacerbación de síntomas obsesivos preexistentes, disminución de la libido, etc. (22)

El personal médico presenta una incidencia mayor en cuanto a suicidios, del doble de la población general y aún mayor para profesiones como la psiquiatría, también una tasa importante de depresión del 4%.(1)

Los trastornos depresivos se pueden dividir en 3 tipos dependiendo de su intensidad, así:

2.6.3.1 Trastorno depresivo moderado: deben presentarse al menos dos de los tres síntomas descritos previamente para el trastorno depresivo leve además de al menos tres de los citados previamente como adicionales. La sintomatología suele referirse como intensa, aunque esto no es necesario para el diagnóstico si existen muchos síntomas. La dificultad para continuar realizando las actividades laborales, sociales y domésticas suele ser grande. Puede acompañarse de síntomas somáticos o no(22)

2.6.3.2 Trastorno depresivo grave: deben estar presentes tres de los síntomas típicos de depresión leve o moderada, adicionalmente con por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser percibidos como graves. En ocasiones la incapacidad de describir los síntomas o la poca disposición del paciente para hacerlo puede justificar una evaluación global del caso para así no descartar el diagnóstico. Típicamente su curso debe ser de al menos dos semanas, aunque si los síntomas son de una instauración rápida y de alta intensidad puede ameritar una evaluación global. En cuadros particularmente graves el riesgo suicida es elevado. Por otro lado pueden cursar con elementos adicionales como ideas delirantes, usualmente de ruina o pecado; alucinaciones, que pueden ser auditivas u olfatorias, que suelen presentarse como ideas difamatorias o acusatorios u olores a carne en descomposición y estupor depresivo. En dichos casos la depresión se cataloga como trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos. (22)

2.6.3.3 Trastorno depresivo recurrente: Se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión que satisfacen los criterios para depresión leve, moderada o severa, sin un antecedente de exaltación del estado de ánimo que cumpla los criterios de manía (aunque si pueden satisfacerse los de hipomanía). La aparición de los episodios se relaciona con la exposición del paciente a acontecimientos vitales estresantes sin que estos hayan podido relacionarse con la intensidad de la respuesta depresiva. Su instauración es variable, un porcentaje de los pacientes pueden quedar crónicamente deprimidos. (22)

2.6.3.4 Trastornos del humor persistentes: son trastornos persistentes del humor, aquellos que tienen una intensidad fluctuante que no son lo suficientemente intensos como para ser catalogados como cuadros de depresión o hipomaniacos y que tienen un curso crónico, ya que duran años y en algunos casos la gran parte de la vida adulta de un individuo razón por la cual suelen ser generadores de gran malestar e incluso de discapacidad. Si bien estos trastornos no están directamente causados por factores de riesgo psicosocial en el entorno laboral, son necesarios de tomar en cuenta dado a que pueden verse agravados en ciertas circunstancias por los mismos. Dentro de estos trastornos se debe nombrar: (22)

2.6.3.5 Ciclotimia: se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de ánimo que implica la existencia de muchos períodos de depresión y euforia leves y que no satisfacen los criterios de depresión o manía. En general el enfermo no percibe relación entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. En términos generales suele instaurarse en la vida adulta joven. Para su diagnóstico es necesario la evidencia de una inestabilidad persistente del estado de ánimo de duración prolongada con oscilaciones entre depresión y euforia sin que se satisfagan los criterios para depresión o manía. (22)

2.6.3.6 Distimia: comprende un estado anímico crónico de depresión que no satisface los criterios para depresión recurrente por su gravedad o por la duración de los episodios. Los pacientes que padecen distimia presentan cansancio la mayor parte del tiempo, se sienten deprimidos, meditabundos, presentan problemas del sueño, etc. (22)

2.6.3.7 Otros trastornos del humor: son todos aquellos trastornos que no cumplen criterios para ser caracterizados como ciclotimia o distimia pero que sin embargo tienen relevancia clínica, y generan malestar en la vida del paciente. (22)

2.6.4 Trastornos de ansiedad: Concretamente en el ámbito médico el estrés laboral es la principal variable generadora de ansiedad en la práctica clínica, entidad que se observa en 70% del personal en alguna medida. En los últimos tiempos se ha evidenciado que la sobrecarga asistencial representa otro gran factor de riesgo psicosocial para dichos trastornos. En un estudio realizado en personal médico de España se demuestra que la mitad del personal considera que su trabajo es generador de estrés y ansiedad, para un 18% de ellos el nivel de ansiedad es alto y un 20% padece insomnio.² Dentro de los trastornos de ansiedad más comúnmente vistos en la práctica clínica se puede nombrar: (22)

2.6.4.1 Trastorno de pánico: se caracterizan principalmente por crisis recurrentes de ansiedad grave no limitadas a ninguna situación o circunstancia particular, los síntomas pueden variar de persona a persona pero frecuentemente se evidencia dolor precordial, sensación de asfixia, mareo, vértigo, desrealización o despersonalización, todo lo cual se une a un sentimiento constante de sensación de muerte inminente. Para un diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques al menos durante

un mes. La aparición de cada uno de los episodios está relacionado con situaciones estresantes. (22)

2.6.4.2 Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por una ansiedad generalizada y persistente que no está limitada y no predomina en ninguna circunstancia ambiental. Las molestias predominantes en este trastorno son la sensación de sentirse constantemente nervioso o con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. (22)

2.6.4.3 Trastorno mixto ansioso-depresivo: se caracterizan por presentar características de ansiedad y depresión sin que ninguna de ellas predomine sobre la otra, o sean lo suficientemente intensas como para justificar un diagnóstico por separado. (22)

2.6.4.4 Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación: se tratan de patologías que están íntimamente ligadas a situaciones estresantes, dependiendo de las características de las mismas se puede tener dos escenarios hipotéticos; una situación que sea excepcionalmente estresante generará un trastorno de estrés agudo, mientras que una situación desagradable que se mantiene durante el tiempo y de la que el individuo no puede salir generará un trastorno de adaptación. Por otro lado en el escenario de una situación extremadamente amenazante en la que la vida del paciente se haya puesto en riesgo se puede encontrar una tercera patología; el trastorno de estrés postraumático. (22)

2.6.4.5 Reacción de estrés agudo: es un trastorno transitorio de gravedad importante que se presenta en una persona que previamente no ha tenido otra patología mental, tras haber sido expuesta a una situación estresante, física o emocional, de alta intensidad, que pueda amenazar de manera seria la integridad del paciente o de las personas queridas del mismo.

Clínicamente lo más característico es un período inicial de embotamiento con alguna reducción del campo de conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación, seguidas por un estado de mayor alejamiento de la realidad o de hiperactividad (reacciones de lucha o huida). (22)

2.6.4.6 Trastorno de estrés postraumático: se trata de un trastorno que tiene como causal la exposición a una situación estresante de implicaciones catastróficas y que amenaza la integridad de la persona, generando una ansiedad elevada y acompañándose de reiterados episodios de revivenciar el episodio estresante, lo que puede suceder en forma de sueños. Como características clínicas de esta patología se pueden citar adicionalmente desapego del grupo social, falta de la capacidad de respuesta al medio, anhedonia, evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. (22)

2.6.4.7 Trastornos de adaptación: se caracteriza por un estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que por lo general afectan la trama social del paciente y que se genera en el contexto de un periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. En el contexto de factores de riesgo laboral el factor primario sería un área de trabajo constantemente exigente. La aparición de los trastornos de adaptación se relaciona con la vulnerabilidad intrínseca de la persona, sin embargo siempre debe existir un ambiente que resulte amenazante para el paciente para que se desarrolle. (22)

2.6.5 Trastornos somatomorfos: el rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas a pesar de persistentes resultados negativos en la analítica médica para encontrar una causa somática de los malestares. A su vez puede darse la situación en la que en realidad exista una

patología orgánica, pero las molestias que refiere el paciente son desproporcionales a la misma. Los síntomas suelen estar fácilmente relacionados con cambios vitales o situaciones estresantes, sin embargo es usual que el paciente no acepte su relación. (22) Se divide en:

2.6.5.1 Trastorno de somatización: se caracteriza por la presencia de trastornos somáticos múltiples, recurrentes y con frecuencia variables, de duración entre meses y años sin una explicación somática directa. Por lo general son pacientes que han pasado por varias consultas de atención primaria en las cuales el médico explica que no hay sustrato orgánico para las dolencias pero sin que esto satisfaga al paciente. Las molestias más comunes suelen ser gastrointestinales (náusea, vómito, regurgitaciones, pirosis, etc.), dermatológicas, (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales también son síntomas comunes. (22)

2.6.5.2 Trastorno hipocondríaco: se caracteriza por la preocupación persistente de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, dicha preocupación se pone en manifiesto como la presencia de varias quejas somáticas persistentes y por preocupaciones sobre el aspecto físico. Es usual que el paciente se preocupe por sensaciones normales o frecuentes y las asocie con la patología que teme padecer. El trastorno es igualmente común en hombres y mujeres, no se asocia a un riesgo hereditario familiar, dependiendo a su vez del paciente se puede mantener un desempeño social y laboral normal, o totalmente afectado (22)

2.6.5.3 Disfunción vegetativa somatomorfa: es un trastorno en el cual el paciente presenta síntomas somáticos que se restringen a un sistema u órgano, que está parcial o totalmente controlado por el sistema nervioso vegetativo; así: cardiovascular, nervioso, gastrointestinal, etc. En términos generales los síntomas encontrados en esta patología son de dos tipos, el primero denota

una hiperreactividad del sistema vegetativo; así palpitaciones, sudoración, etc., el segundo grupo por otro lado comprende síntomas vagos y subjetivos, así sensaciones de “estar hinchado”, dolores, etc. No es necesariamente desencadenado por situaciones estresantes, pero está fuertemente relacionado con las mismas en su aparición. (22)

2.6.5.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente: la molestia percibida en dicho trastorno es la presencia de un dolor intenso y penoso, el cual no puede ser explicado de manera completa en su origen por un trastorno somático o proceso fisiológico. Suele aparecer en situaciones en las cuales existe conflictos o problemas. Dicho trastorno, para ser catalogado como tal, no debe poder ser catalogado dentro de otros trastornos del dolor cuya relación con procesos psicofisiológicos está establecida, así por ejemplo, la cefalea tensiona, migraña, etc. (22)

2.6.5.5 Otros trastornos somatomorfos: se caracteriza por componerse de síntomas que no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con el trastorno de somatización. No existe lesión tisular. (22)

2.6.6 Trastornos no orgánicos del sueño: se enumeran posteriormente los trastornos del sueño en las cuales las causas emocionales juegan un papel primario. Dentro de ellas se puede citar dos tipos de trastornos; así, las *disomnias*: trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño; así: el insomnio el hipersomnia y los trastornos del ritmo sueño – vigilia. Y las *parasomnias*; trastornos episódicos que ocurren durante el sueño, que en personas adultas tienen un trasfondo principalmente psicógeno, así el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.²² Dentro de estos trastornos se puede citar: (22)

2.6.6.1 **Insomnio no orgánico:** es un trastorno caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactorio que persiste durante un considerable período de tiempo. La diferencia entre la calidad de sueño del paciente con lo que usualmente se considera como sueño de calidad no debe ser el punto principal para llegar al diagnóstico de esta patología, sino mas bien la caracterización que realiza de su sueño el paciente. Su aparición está íntimamente relacionada con sucesos de la vida que resultan estresantes para el paciente, la queja más común es la dificultad para conciliar el sueño, seguida de la dificultad para mantenerlo y finalmente el despertar precoz. (22)

2.6.6.2 **Hipersomnia:** se caracteriza por un estado de excesiva somnolencia y ataques de sueño diurnos que no se justifican por una inadecuada cantidad de sueño diurno, o bien un período de transición prologado desde el sueño hasta el despertar, en ausencia de factores orgánicos que expliquen la somnolencia. A menudo suele ser un síntoma acompañante de un trastorno del humor, generalmente depresivo. (22)

2.6.6.3 **Trastorno no orgánico del ciclo sueño – vigilia:** comprende trastornos en los cuales existe una falta de sincronización entre el ritmo de sueño vigilia individual y el deseable en el entorno en el que se desenvuelve el enfermo, lo que ocasiona una queja de insomnio nocturno y sueño durante el día. Si bien es cierto los trastornos de vigilia sueño pueden tener un desencadenante principalmente orgánico, sin embargo, se toma en cuenta en esta sección para hablar de aquellos cuyo componente primario es el estrés. (22)

2.6.6.4 **Sonambulismo:** es un estado de la disociación de la conciencia en el que se combinan fenómenos propios del sueño y de la vigilia. Durante un episodio de sonambulismo, el individuo suele levantarse de la cama en un estado de

hipo respuesta a estímulos y cierta torpeza de movimientos. En ocasiones pueden salir de su cuarto e incluso de su hogar, razón por la cual se exponen a lesiones varias. Al despertar no recuerdan nada transcurrido durante el episodio de sonambulismo. (22)

2.6.6.5 Terrores nocturnos: es un trastorno que se compone por episodios nocturnos de pánico y terror intensos que se acompañan de gritos, movimientos bruscos y fuertes descargas vegetativas. El cuadro clínico se compone por la presencia de dichos episodios usualmente en el primer tercio del sueño, con los cuales el paciente se levanta bruscamente de su cama profiriendo gritos e intentando escapar de su habitación, los esfuerzos de terceros por intentar ayudar al paciente no surten mayor efecto ya que usualmente el paciente está muy desorientado como para reconocerlos, al despertar el paciente usualmente no recuerda nada del episodio. Comparten características de predisposición con el sonambulismo, y el estrés, al igual que las situaciones vitales estresantes suelen tener un papel en su aparición. (22)

2.6.6.6 Pesadillas: corresponden a una experiencia onírica de contenido desagradable, generador de ansiedad o miedo, se acompañan generalmente de una descarga vegetativa de cierta intensidad. El despertar en términos generales no tiene alteraciones, los individuos suelen tener una rápida recuperación de la conciencia y la coordinación conjuntamente con un recuerdo vívido de la pesadilla. Las pesadillas recurrentes en niños suelen asociarse a una etapa normal de desarrollo, no así en adultos en los cuales en general implica la existencia de un trastorno. (22)

Frente a lo antes expuesto, y tomando como punto de partida el hecho de que los trastornos previamente explicados tienen como elemento primario o coadyuvante situaciones estresantes o sucesos vitales preocupantes conviene por lo tanto describir de

mejor manera los mecanismos de respuesta de una persona frente a un ambiente hostil, en este caso en el ambiente laboral.(5)

3. METODOLOGÍA:

3.1 Justificación:

Desde tiempos inmemorables el trabajo se ha mantenido en constante relación con el ser humano, cambiando progresivamente en su concepción y significado para la vida del trabajador. Hoy en día es una de las partes fundamentales para los conformadores de la sociedad moderna, representando su fuente de subsistencia, generando autoestima y creando posibilidades de superación, pero también siendo fuente de desgaste, de tensión e incluso de enfermedad.

La definición actual de salud de la OMS sostiene que es el bienestar completo tanto a nivel físico, social y emocional. Partiendo de dicho concepto el trabajador de la salud en la actualidad tiene la obligación de velar integralmente por la consecución de este bienestar en cada uno de los ámbitos.

Al volverse una actividad generalizada y socialmente impulsada, el día de hoy las actividades laborales forman parte de la vida de la gran mayoría de seres humanos, siendo este grupo poblacional beneficiario de sus virtudes pero estando expuesto a su vez a todos los riesgos que pueden devenir del trabajo, por tanto nace una nueva responsabilidad en el proveedor de salud, velar por los trabajadores, identificar los riesgos e intentar atenuar los mismos.

Con el advenimiento de los nuevos descubrimientos en la medicina, el eje psicosocial cobra día a día más importancia, pudiendo relacionarse con varias patologías directamente, y siendo predisponente para muchas más; así se evidencia la mayor predisposición a infecciones en pacientes crónicamente angustiados o deprimidos, el aumento en la tasa de hipertensión en personas que permanecen en stress permanente, la relación entre mal apego al tratamiento y depresión en pacientes con diabetes, por citar algunos ejemplos. Es por tanto un punto a tomar seriamente, ya que concretamente en el ámbito laboral, el personal de salud de las áreas críticas de un hospital, como el servicio de emergencias, se encuentra en un ambiente que resulta hostil en varias formas, a pesar del cual, dicho personal, debería encontrarse en las mejores condiciones, tanto físicas como emocionales para poder responder de manera rápida y adecuada a las exigencias laborales. De esta forma es imperativo realizar una medición de los factores de riesgo psicosocial con una herramienta estandarizada que permita conocer de manera general la problemática de un servicio de emergencia en un hospital del estado, para poder valorar estresores potencialmente modificables y plantear futuras intervenciones que aseguren un mejor estado de salud en el personal y por lo tanto una mejor oferta de servicios.

3.2 Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosocial más comunes en el servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés?

¿Existe relación entre el puesto de trabajo en el servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés y la mayor exposición a factores de riesgo psicosocial?

3.3 Objetivo General:

- Determinar los factores de riesgo psicosocial en el personal de salud del servicio de emergencias de HEG, en el mes de diciembre del año 2014

3.4 Objetivos específicos:

- Establecer los factores de riesgo psicosocial más frecuentes, utilizando el método COPSOQ-istas 21 en el servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés
- Contrastar el puesto de trabajo (enfermeras, médicos, camilleros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, secretaría, información, paramédicos, trabajo social) con la exposición a diversos factores de riesgo psicosocial
- Determinar, según el método COPSOQ-istas 21, cuáles de las dimensiones del estudio se encuentran más frecuentes y constituyen elementos protectores, y que podrían reforzarse como medidas preventivas
- Diseñar estrategias preventivas utilizando la información obtenida tras la aplicación del método COPSOQ-istas 21|

3.5 Hipótesis:

- Los trabajadores de salud del Servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés presentan mayor exposición a factores de riesgo psicosocial como ritmo de trabajo alto, exigencias emocionales intensas, cantidad elevada de actividades y doble trabajo, en relación a estudios de referencia.
- Los factores de riesgo psicosocial son diferentes de acuerdo al puesto del trabajador del Servicio de Emergencia
- Existen factores protectores para la salud, derivados del ambiente laboral en el personal del Servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés como un alto sentido del trabajo, un buen nivel de compañerismo y una buena capacidad de superación.

3.6 Operacionalización de las variables de estudio:

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICION</u>	<u>TIPO DE VARIABLE</u>	<u>DIMENSION</u>	<u>INDICADOR</u>
Edad	Edad del personal entrevistado	Cuantitativa Transformada	<ul style="list-style-type: none">• Menor de 31 años• Entre 31-45 años• Mayor de 45 años	FA % Moda Desviaciones estándar

Sexo	Sexo del entrevistado	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	FA %
Estado civil	Estado civil del entrevistado	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión Libre • Divorciado 	FA %
Antigüedad	Tiempo que el entrevistado lleva trabajando en el Hospital	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de trabajo 	FA % Moda Desviaciones estándar
Exigencias psicológicas del trabajo	Exigencias psicológicas, emocionales y cognitivas que el entorno demanda del encuestado	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencias cuantitativas • Exigencia de esconder emociones • Exigencias emocionales • Exigencias cognitivas 	FA%

Doble jornada	Tensión generada por la necesidad de responder a las demandas del trabajo asalariado y del trabajo doméstico	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Doble Jornada 	FA%
Control sobre el trabajo	Autonomía en la toma de decisiones en el trabajo, sentido del trabajo, control sobre el tiempo	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia • Posibilidades de desarrollo • Control sobre los tiempos a disposición • Sentido del trabajo • Compromiso 	FA%
Apoyo social y calidad de	Calidad de relación con el	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de relación social • Apoyo social 	FA%

liderazgo	grupo de trabajo		de los compañeros <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social de los superiores • Calidad de liderazgo • Sentido de grupo • Previsibilidad • Claridad de rol • Conflicto de rol 	
Compensaciones del trabajo	Esfuerzo correlacionado con recompensa	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Estima • Inseguridad sobre el futuro 	FA%

3.7 Diseño del estudio:

Cohorte Transversal

3.8 Universo y muestra:

En el presente estudio obtuvo la información del universo cautivo del personal del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés, el mismo que estuvo conformado por de médicos, enfermeras, camilleros, auxiliares de enfermería, paramédicos, trabajadoras sociales, auxiliares administrativos y personal de información que cumplieron con los criterios de inclusión

3.9 Procedimiento de recolección de datos:

3.9.1 Lugar: Servicio de emergencias del Hospital Enrique Garcés de la ciudad del Quito

3.9.2 Instrumento:

Cuestionario COPSOQ-ISTAS 21: el cuestionario COPSOQ-ISTAS 21, es la adaptación del cuestionario de valoración de riesgos psicosociales de Copenhagen, el mismo que puede ser aplicado en países de Asia, Europa y América. Representando un modelo de investigación internacional. Tiene como objetivo la identificación, evaluación y la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Está diseñado para ser aplicado en empresas de más de 25 trabajadores, su uso es libre y cuenta con un programa informático para el procesamiento de los resultados, el que a su vez es de uso libre. (5)

El método se basa en la teoría general del stress, valorando a través de 39 preguntas 20 tipos de exposiciones psicosociales que se han comprobado hasta el momento que afectan en la salud del trabajador, estas son:

- **Exigencias psicológicas en el trabajo:** esta dimensión está conformada por:

(5)

- Exigencias cuantitativas
- Exigencias de esconder emociones
- Exigencias emocionales
- Exigencias Cognitivas

- **Doble presencia:** esta dimensión está conformada por: (5)

- **Doble presencia**

- **Control sobre el trabajo:** esta dimensión está conformada por: (5)

- Influencia
- Posibilidades de desarrollo
- Control sobre los tiempos a disposición
- Sentido del trabajo
- Compromiso

- **Apoyo social y calidad de liderazgo:** esta dimensión está conformada por:

(5)

- Posibilidades de relación social
- Apoyo social de los compañeros
- Apoyo social de los superiores
- Calidad de liderazgoSentido de grupo
- Previsibilidad
- Claridad del rol

- Conflicto de rol
- **Compensaciones del trabajo:** esta dimensión está conformada por: (5)
 - Estima
 - Inseguridad sobre el futuro

El método COPSOQ-ISTAS se basa en cuestionarios estandarizados y aplicables a todas las empresas, ya que al momento representan la forma más fiable de valoración de riesgos psicosociales, pues representa una herramienta estandarizada, extrapolable y de fácil análisis. Métodos como la entrevista personal por un profesional resultan demasiado caros y dependen en cierto modo de la subjetividad del personal que realiza la valoración. El cuestionario consta de 120 preguntas, estructuradas en 4 partes: contexto social y trabajo doméstico (6 preguntas), salud y bienestar personal (26 preguntas), condiciones de empleo y trabajo (19 preguntas), y las dimensiones de exposiciones psicosociales (69 preguntas). La información se obtuvo de manera presencial en varias sesiones en el cambio de guardia del personal de enfermería y médicos en el mes de diciembre del 2014(5)

Los resultados obtenidos tras el ingreso de los datos en el programa informático adjunto se dan con el cruce de variables como sexo, puesto de trabajo y departamento, con cada una de los riesgos psicosociales, y se exponen como gráficos de barras divididos en tres terciles: tercil más desfavorable para la salud, graficado en color rojo, tercil intermedio, graficado en color amarillo y tercil más

favorable para la salud. Dichos terciles se exponen junto a otro gráfico de barras que se encuentra al lado del medido por la investigación, representándolo como una barra más delgada y que representa la proporción de respuesta que sería aceptable en cada uno de los casos, información que es suministrada por parte del método, obtenida en una empresa anónima de España y representando el control para cada una de las exposiciones. (5)

3.9.3 Criterios de inclusión y exclusión:

3.9.3.1 Criterios de inclusión

- Personal de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros, auxiliares administrativos, paramédicos y personal de información pertenecientes al servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés, activo en el mes de Diciembre del año 2014
- Personal de emergencia del Hospital Enrique Garcés que estén dispuestos a realizar el cuestionario, a través del conocimiento del mismo y tras la firma de un consentimiento informado

3.9.3.2 Criterios de exclusión

- Personal que no conste en la nómina de trabajadores del Hospital Enrique Garcés en el mes de Diciembre del 2014
- Personas que se nieguen voluntariamente a participar en el estudio
- Personal que en el período de recolección de datos se encontrara de vacaciones

- Personal que en el período de recolección de datos se encontrara rotando en otros servicios del Hospital u otros hospitales.

3.9.4 Aplicación:

- En un inicio se habló con el médico y enfermera, jefes del servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés para explicar el método y el estudio a realizarse. Junto con los dos directivos se planificaron las reuniones para la aplicación del test
- En las reuniones para la aplicación de la encuesta se dio una pequeña charla introductoria explicando el estudio a realizarse y su propósito
- Previa explicación, se impartió el cuestionario a los participantes en el estudio, indicando su naturaleza anónima y académica. Tras lo cual los cuestionarios fueron llenados en presencia del investigador, en el puesto y jornada de trabajo.
- La aplicación del cuestionario duró aproximadamente 20 minutos, y se aplicó en grupo e individualmente cuando el caso lo requería

3.9.5 Tiempo:

El tiempo que se utilizó para llenar los cuestionarios en cada reunión fue de un promedio de 20 minutos

3.10 Análisis de datos:

Los datos obtenidos tras la realización de la encuesta fueron ingresados al programa informático CopsoQ istas 21 versión 2.0.15.1 para el procesamiento de datos y el cruce de variables, posteriormente se analizó cada uno de los resultados con respecto a la dimensión de exposición seleccionándose los cuadros de exposición por puesto de trabajo y exposición según sexo como más relevantes para los resultados que esta investigación busca. Se realizó la comparación manual de cada uno de los valores obtenidos en cada caso con los terciles de control suministrados por el método de investigación para proceder a la interpretación en cada uno de los casos.

3.11 Implicaciones bioéticas:

El presente estudio fue realizado en trabajadores del servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés, los mismos que en su totalidad eran adultos, sin embargo se explicó en cada uno de los casos que los cuestionarios tenían un carácter absolutamente confidencial y que no podría ser usado con fines legales en ninguna circunstancia, ya que el presente estudio tiene un fin puramente investigativo y académico. Tras lo antes expuesto se extendió a su vez una hoja de consentimiento informado la misma que el participante del estudio debía llenar al acceder a ser parte del estudio. Se explicó a su vez que todos los miembros del servicio de emergencia tenían el derecho a negarse a participar en el estudio y que solo podrían llenar los cuestionarios si esto sucedía de manera voluntaria. Finalmente los resultados del presente estudio serán expuestos al personal del servicio del cual obtuvo el universo en una exposición presencial. A su vez, se entregarán los

resultados al departamento de docencia del Hospital Enrique Garcés y a los jefes del Servicio de Emergencia, unidad de talento humano del Hospital para que sean socializados y se utilicen los hallazgos obtenidos en pro de la salud laboral del servicio de emergencia, planteando estrategias preventivas para alterar los factores de riesgo y promover los factores protectores.

4. Resultados:

El presente análisis se realizó con el objeto de identificar la tendencia de exposición a varios factores de riesgo psicosocial que se han demostrado científicamente que afectan la salud de los trabajadores, en el personal del servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el mes de diciembre del año 2014.

Se realizaron un total de 95 cuestionarios, excluyendo a aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión, de los cuales se respondieron el 100%, siendo aceptable para el método COP-SOQ ISTAS 21 todo porcentaje de respuesta mayor a 60%.

Los cuestionarios que se obtuvieron fueron ingresados en el programa informático CopsoQ istas 21 versión 2.0.15.1 para el análisis de variables.

- **Análisis Univariado:**

Tabla 6, Sexo:

Eres:	N	%
Mujer	52	54,7%
Hombre	43	45,3%
No contesta	0	
Total	95	

Fuente: esta investigación

Autor: Chavez P. 2015

La distribución de sexos en el personal del servicio de emergencias demuestra que existen más mujeres que hombres, dichos datos pueden explicarse ya que el puesto de trabajo que contaba con mayor número fue el de enfermería (39), mismo que en su totalidad estuvo compuesto por mujeres, lo cual aporta numéricamente a la proporción.

Tabla 7, Edad:

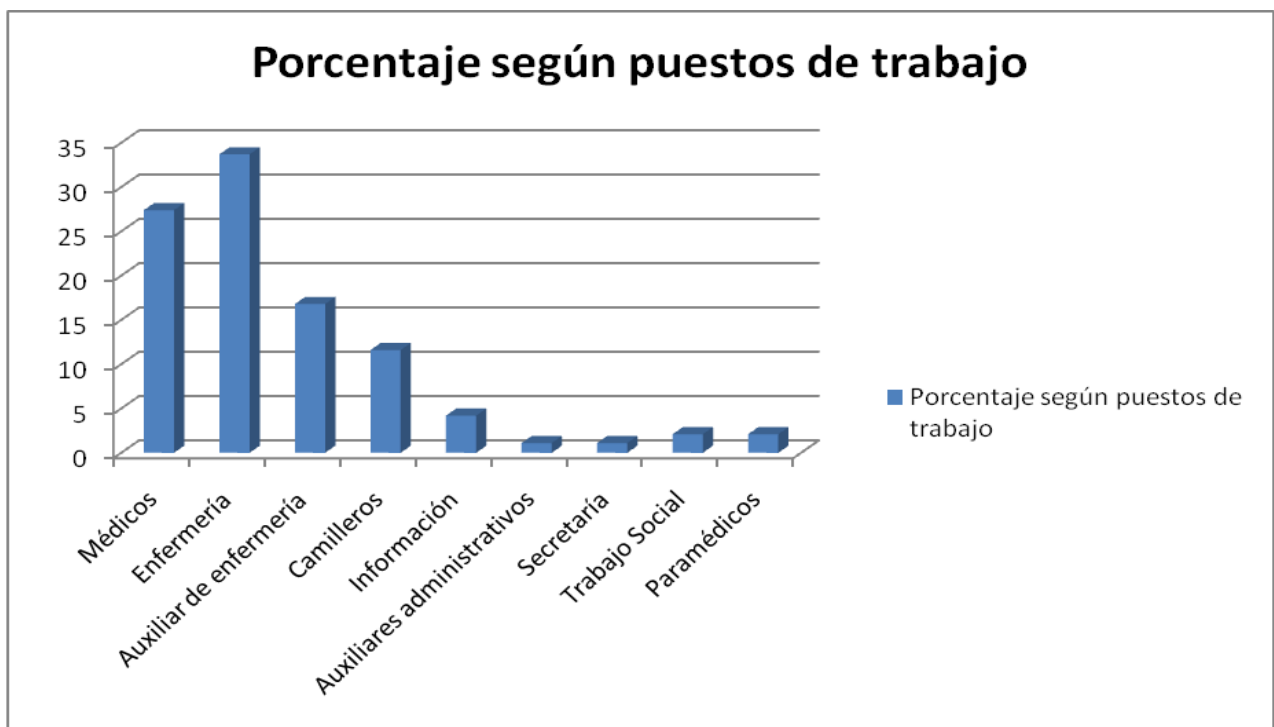
¿Qué edad tienes?	N	%
Menos de 31 años	36	37,9%
Entre 31 y 45 años	41	43,2%
Más de 45 años	18	18,9%
No contesta	0	
Total	95	

Fuente: esta investigación

Autor: Chavez P. 2015

La edad más prevalente en el personal de emergencia es entre 31 y 45 años, siguiéndose con personal menor a 31 años en orden de frecuencia, lo cual indica que la mayor parte del personal se encuentra en la categoría de adulto joven según la OMS, situación que resulta beneficiosa en un sitio de trabajo exigente al encontrarse el personal teóricamente en una etapa de desarrollo en la que la percepción sensorial, intelectual y el vigor muscular están al máximo.(23)

Gráfico 2: Distribución del personal según puestos de trabajo



Fuente: esta investigación

Autor: Chavez P. 2015

La mayor proporción de los puestos de trabajo corresponde a enfermeras y médicos, seguidos de auxiliares de enfermería y camilleros, puestos que se esperan estén llenos en un servicio de emergencia, ya que son los que tienen el contacto directo con el paciente y son los que se encuentran permanentemente atendiendo sus necesidades.

Tabla 9, Antigüedad:

Tabla 9: Antigüedad

¿Cuánto tiempo llevas trabajando en EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES"?	N	%
Entre 1 mes y hasta 6 meses	9	9,5%
Más de 6 meses y hasta 2 años	24	25,3%
Más de 2 años y hasta 5 años	27	28,4%
Más de 5 años y hasta 10 años	17	17,9%
Más de 10 años	18	18,9%
No contesta	0	
Total	95	

Fuente: esta investigación

Autor: Chavez P. 2015

La gran mayoría del personal ha trabajado por un tiempo prolongado en el servicio de emergencias, así siendo la prevalencia mayor las personas que han trabajado entre 2 y 5 años en el servicio, seguido de las personas que han trabajado entre 6 meses hasta 2 años, sin embargo el personal que ha trabajado entre 5 y 10 años o más de 10 años juntos suman un porcentaje de aproximadamente 38%. Dichos valores implican que los trabajadores han tenido el tiempo suficiente para conocer las condiciones de trabajo en el servicio y familiarizarse con los problemas más usuales, razón por lo cual resultan beneficiosos para la fiabilidad de los datos obtenidos, pero a la vez implica una exposición

mayor a los factores de riesgo a investigarse, razón por la cual es un dato importante a tomar en cuenta.

Tabla 10, Prevalencia de exposición:

Exposiciones en EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" ordenadas en función del porcentaje de trabajadores en la situación más desfavorable para la salud (rojo), Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015

	Dimensión	Más Desfavorable	Situación Intermedia	Más favorable
<div> <div>MÁS PROBLEMÁTICAS</div> <div> </div> <div>MENOS PROBLEMÁTICAS O FAVORABLES</div> </div>	Ritmo de trabajo	100	0	0
	Conflicto de rol	72	21,5	6,5
	Exigencias emocionales	71,4	23,1	5,5
	Exigencias cuantitativas	68,8	21,5	9,7
	Exigencias de esconder emociones	57,9	26,3	15,8
	Doble presencia	55,6	35,6	8,9
	Inseguridad sobre las condiciones de trabajo	53,8	20,4	25,8
	Inseguridad sobre el empleo	45,7	26,6	27,7
	Apoyo social de compañeros	38,9	36,8	24,2
	Previsibilidad	28,4	36,8	34,7
	Influencia	23	33,3	43,7
	Calidad de liderazgo	22	30,8	47,3
	Apoyo social de superiores	21,7	35,9	42,4
	Claridad de rol	20,4	34,4	45,2
	Sentimiento de grupo	20,4	33,3	46,2
	Justicia	16,1	14	69,9
	Reconocimiento	6,5	10,8	82,8
	Confianza vertical	5,4	15,1	79,6
	Posibilidades de desarrollo	3,2	8,6	88,2
	Sentido del trabajo	1,1	6,3	92,6

Rojo: *tercil más desfavorable para la salud*, **Amarillo:** *tercil intermedio*, **Verde:** *tercil más favorable para la salud*

El gráfico de las exposiciones generales a riesgos psicosociales en el trabajo demuestra que el ritmo de trabajo es la situación más frecuente con un 100% de los encuestados ubicados en el tercil más desfavorable para la salud, las exposiciones que le siguen son el conflicto de rol, exigencias emocionales, exigencias cuantitativas, exigencias de esconder emociones, doble presencia, e inseguridad sobre el trabajo. Por otro lado los factores que se evidenciaron como beneficiosos son principalmente el sentido de trabajo (92.6%), posibilidades de desarrollo (88.2%), reconocimiento (82.8%), confianza vertical (79.6%), justicia (69.9%), Sentimiento de grupo (46.2%). Datos que son importantes a tomar en cuenta ya que son las dimensiones que se deben fortalecer en el desarrollo de estrategias preventivas.

Gráfico 3, Localización de las exposiciones en EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCÉS", Elaborado por Chavez P. 2015

	Exigencias cuantitativas	Ritmo de trabajo	Exigencias emocionales	Exigencias de esconder	Doble presencia	Influencia	Posibilidades de desarrollo	Sentido del trabajo	Claridad de rol	Conflicto de rol	Apoyo social de compañeros	Sentimiento de grupo	Apoyo social de superiores	Calidad de liderazgo	Previsibilidad	Reconocimiento	Inseguridad sobre el empleo	Inseguridad sobre las	Confianza vertical	Justicia
Médicos																				
Enfermería																				
Auxiliar de enfermería																				
Camilleros																				
Información																				
Auxiliares administrativos																				
Secretaría																				
Trabajo social																				
Paramédicos																				
Emergencia																				
Mujeres																				
Hombres																				

- **Análisis bivarial:**

Desglose de las prevalencias de exposición:

Ritmo de trabajo: constituye la exigencia psicológica referida a la intensidad del trabajo, se relaciona con las exigencias cuantitativas, Un 100% de trabajadores del HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 0% a la intermedia y un 0% a la más favorable para la salud. Este valor fue esperable tomando en cuenta la afluencia de pacientes del servicio y el tipo de patologías que se manejan.

Tabla 11, Distribución de las respuestas a las preguntas asociadas a ritmo de trabajo,

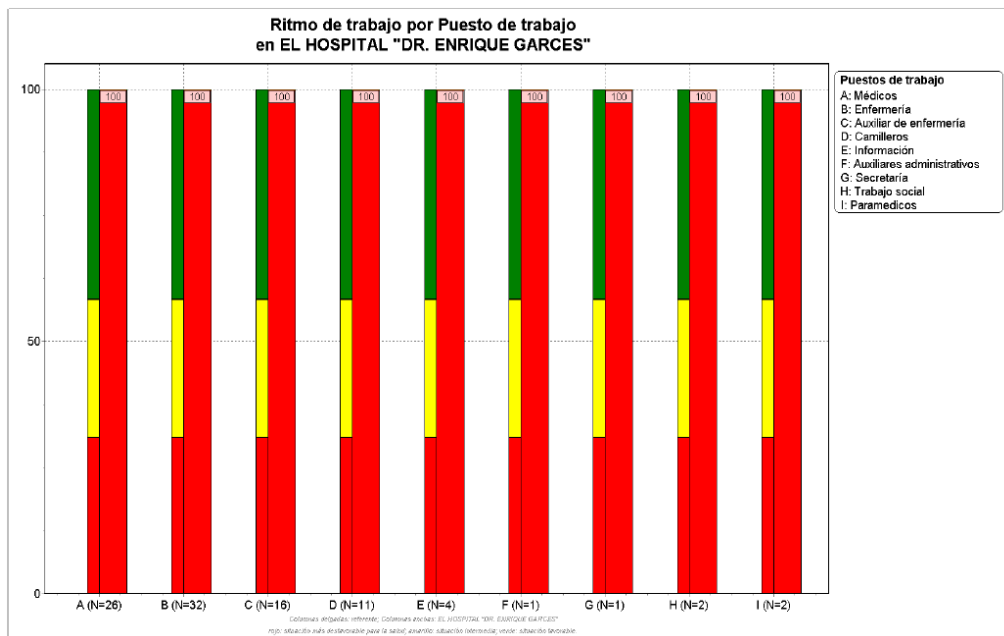
	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿tienes que trabajar muy rápido?	83,2 [N=79]	14,7 [N=14]	2,1 [N=2]	[N=0]
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿es necesario mantener un ritmo de trabajo alto?	90,5 [N=86]	8,4 [N=8]	1,1 [N=1]	[N=0]
¿el ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada?	95,8 [N=91]	4,2 [N=4]	0,0 [N=0]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

El ritmo es percibido como excesivo de igual manera en todos los puestos de trabajo; así también para secretaría, información, etc.

Gráfico 4, Prevalencia de exposición por puesto de trabajo

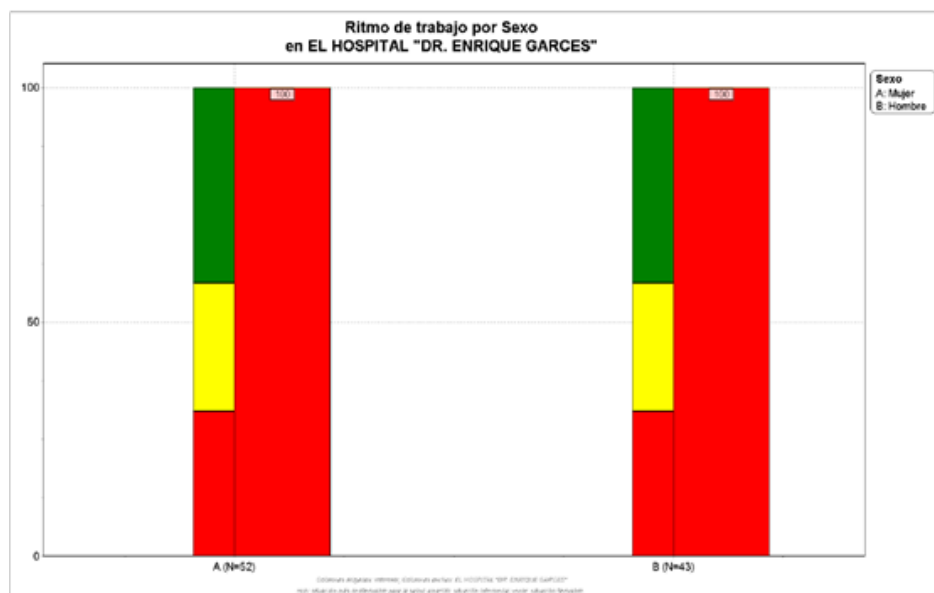


Fuente: esta investigación,

Elaborado por: Chavez P., 2015

No se evidencia variación de la respuesta según el sexo, ya que hombres y mujeres, lo perciben como negativo en todos los casos.

Gráfico 5, Prevalencia de exposición por sexo



Fuente: esta investigación,

Elaborado por: Chavez P., 2015

Conflicto de rol: son las exigencias contradictorias que se presentan en el trabajo y las que puedan suponer conflictos de carácter profesional o ético. Se presenta cuando el trabajador debe afrontar la realización de tareas con las que pueda estar en desacuerdo o le supongan conflictos éticos (por ejemplo, expulsar mendigos de un local...), o cuando tiene que “elegir” entre órdenes contradictorias (por ejemplo, en el caso de un conductor al que se le impone un tiempo máximo de viaje cuando hay, además, normas de tráfico y otras circunstancias que lo limitan). En el HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" se está expuesto a la situación más desfavorable en un 72%, un 21,5% a la intermedia y un 6,5% a la más favorable para la salud respecto al Conflicto de rol.

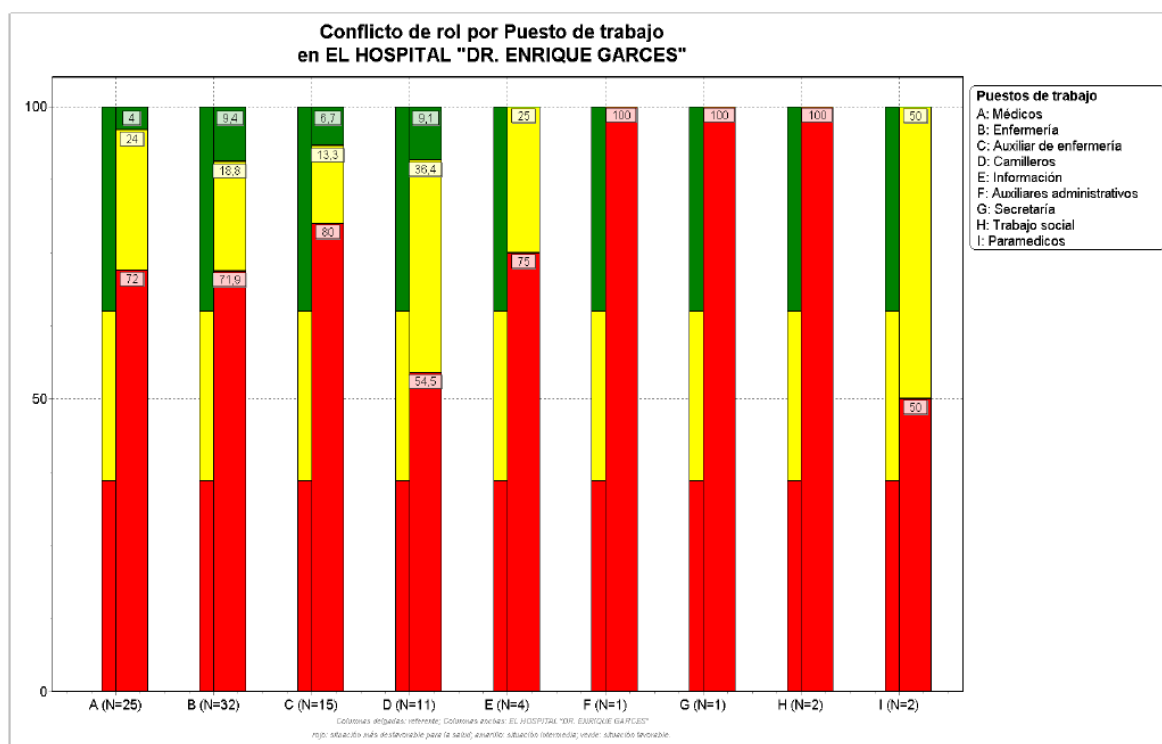
Tabla 12, Distribución de frecuencias de respuesta a las preguntas asociadas al Conflicto de rol, fuente: esta investigación

	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿haces cosas en el trabajo que son aceptadas por algunas personas y no por otras?	67,0 [N=63]	16,0 [N=15]	17,0 [N=16]	[N=1]
¿se te exigen cosas contradictorias en el trabajo?	24,5 [N=23]	20,2 [N=19]	55,3 [N=52]	[N=1]
¿tienes que hacer tareas que crees que deberían hacerse de otra manera?	54,7 [N=52]	26,3 [N=25]	18,9 [N=18]	[N=0]
¿tienes que realizar tareas que te parecen innecesarias?	35,8 [N=34]	20,0 [N=19]	44,2 [N=42]	[N=0]

Elaborado por: Chavez P., 2015

Se observa que los departamentos en los que es más evidente la puntuación desfavorable es en secretaría, trabajo social y auxiliares administrativos, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de dichos datos, ya que por la nómina del personal estos grupos de trabajo están conformados por aproximadamente dos personas por departamento. Tomando esto en cuenta igual se puede evidenciar que el resto de grupos de trabajo se encuentran sobrepasando el promedio del tercil de control. Siendo mayor para el personal de auxiliares de enfermería que para el resto, sin embargo esta evidencia no se demuestra como estadísticamente significativa (OR: 1.55, IC: 0.4-5.9) (Anexo 48).

Gráfico 6, Prevalencia de exposición a conflicto de rol por puesto de trabajo

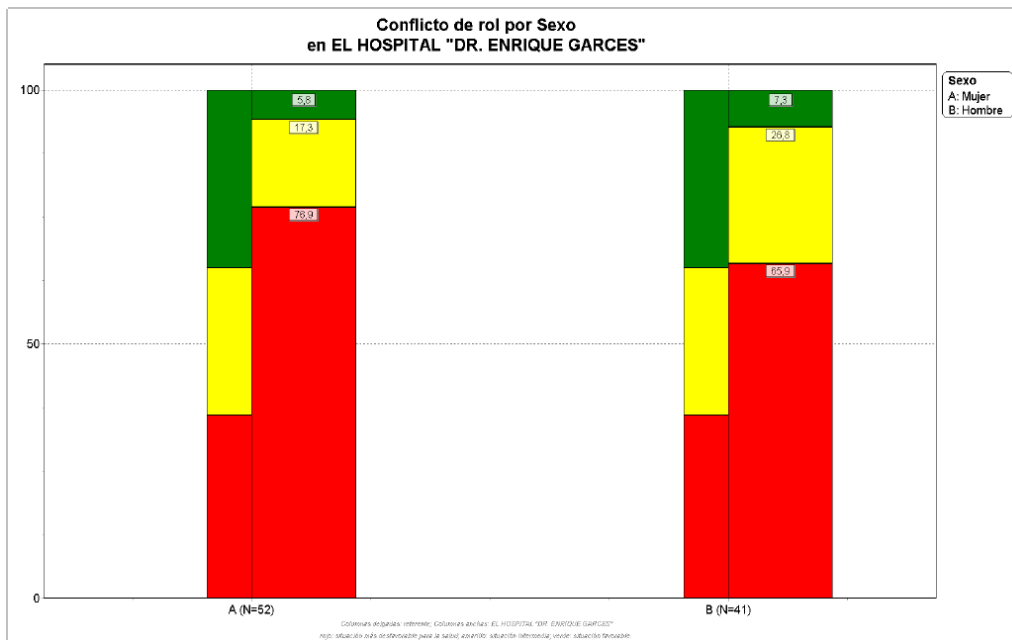


Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

La respuesta de acuerdo al sexo demuestra que las mujeres tienen una respuesta más negativa que los hombres, dato que se puede explicar ya que la mayor parte del universo de mujeres se encuentra conformado por el servicio de enfermería, el mismo que en el momento de la realización del presente estudio refirió recibir direcciones confusas en la realización del trabajo. A pesar de la evidencia los análisis demuestran una respuesta que no es estadísticamente significativa para determinar sexo como factor de riesgo para puntuaciones más desfavorables (OR: 1.7, IC: 0.69-4.3) (Anexo 63)

Gráfico 7, Prevalencia de exposición a conflicto de rol por sexo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Exigencias emocionales: Es el grado de involucramiento o afectación emocional, que deriva de las relaciones interpersonales necesarias en el trabajo. En términos generales está relacionada también con las exigencias cuantitativas, ya que un mayor tiempo en el área de trabajo representa una mayor exposición a dichas exigencias. Un 71,4% de trabajadores de emergencia en EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 23,1% a la intermedia y un 5,5% a la más favorable para la salud.

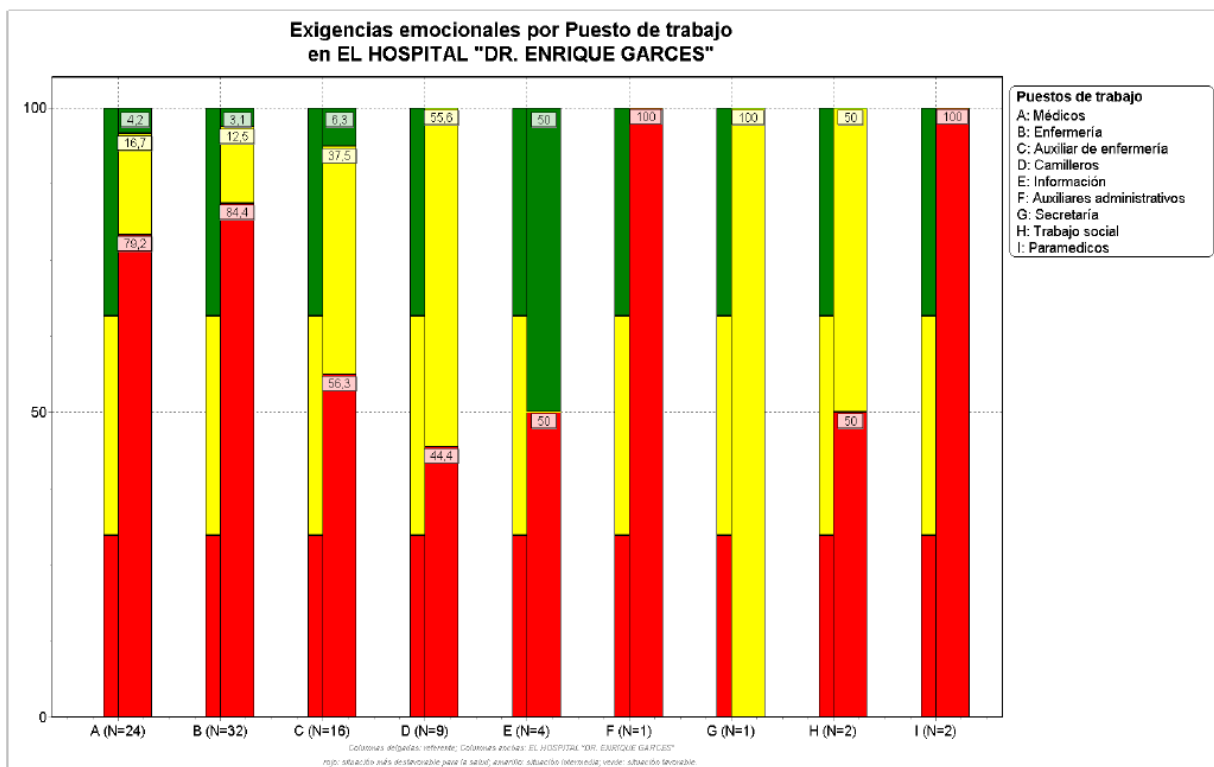
Tabla 13, Distribución de respuestas en las preguntas asociadas a las exigencias emocionales

	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿en tu trabajo se producen momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente?	72,3 [N=68]	22,3 [N=21]	5,3 [N=5]	[N=1]
¿en tu trabajo tienes que ocuparte de los problemas personales de otros?	21,3 [N=20]	21,3 [N=20]	57,4 [N=54]	[N=1]
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿tu trabajo te afecta emocionalmente?	31,2 [N=29]	23,7 [N=22]	45,2 [N=42]	[N=2]
¿tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	51,6 [N=49]	26,3 [N=25]	22,1 [N=21]	[N=0]

Fuente: esta investigación, Elaborado por: Chavez P., 2015

Los puestos de trabajo asociados a una respuesta mayor fueron paramédicos, médicos y sobre todo enfermería, respuesta que puede atribuirse al hecho que las mismas tienen un contacto directo con el paciente y con la problemática que vive. En el caso de los grupos con mayor puntuación no existe evidencia estadísticamente significativa para determinar que son factores de riesgo (OR: 2.2 IC: 0.7-6.3) (Anexo 64)

Gráfico 8, Prevalencia de exposición a Exigencias emocionales por Puesto de trabajo

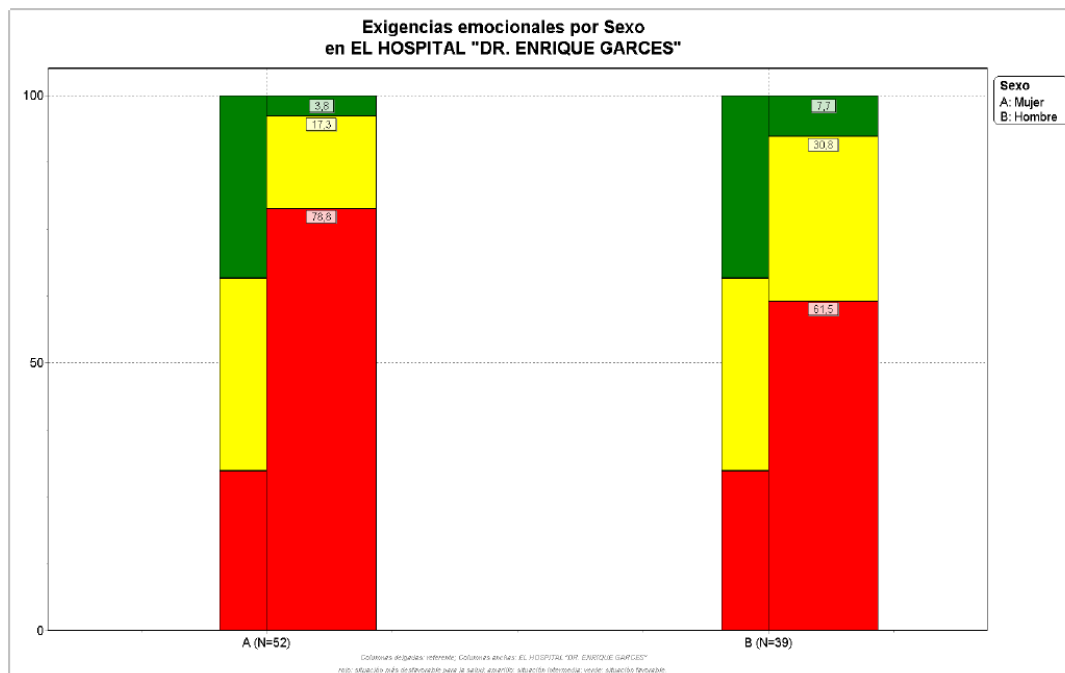


Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Existió una mayor respuesta negativa en mujeres con respecto a hombres (78.8 vs 61.5% en el tercil más desfavorable para la salud), situación que podría explicarse ya que según la bibliografía las mujeres enfrentan un doble desafío ya que aparte de la actividad laboral son responsables de las tareas domésticas, mismas que no siempre son bien valoradas(13), afrontando de esta manera mayor desgaste emocional que los hombres. Sin embargo en el presente estudio no se puede determinar el sexo como factor de riesgo (OR: 2.32, IC: 0.9-5) (Anexo 64)

Gráfico 9, Prevalencia de exposición a Exigencias emocionales por sexo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Exigencias cuantitativas: Son las exigencias psicológicas derivadas de la cantidad de trabajo. Son altas cuando tenemos más trabajo del que podemos realizar en el tiempo asignado. Tienen que ver principalmente con la falta de personal, la incorrecta medición de los tiempos o la mala planificación, aunque también pueden relacionarse con la inadecuación de las herramientas, materiales o procesos de trabajo. Un 68,8% de trabajadores de emergencia de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 21,5% a la intermedia y un 9,7% a la más favorable para la salud respecto a las Exigencias cuantitativas.

Tabla 14, Distribución de respuestas a las preguntas asociadas con exigencias cuantitativas

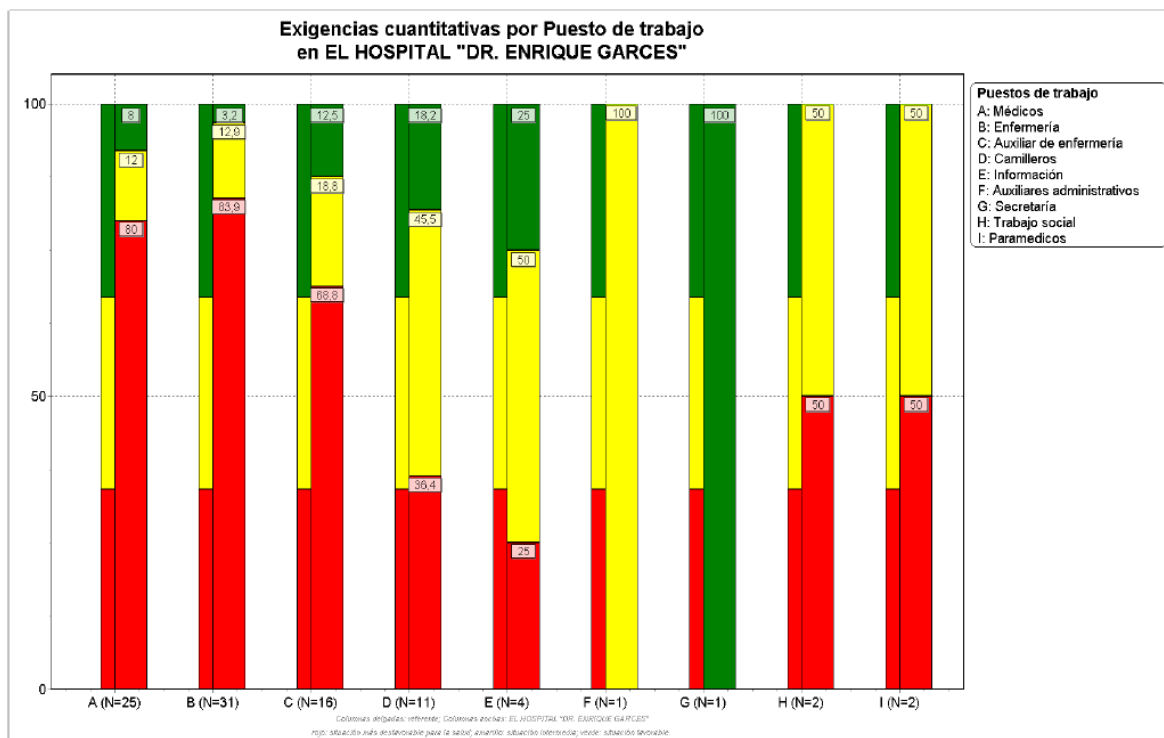
	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿la distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?	37,2 [N=35]	37,2 [N=35]	25,5 [N=24]	[N=1]
¿te resulta imposible acabar tus tareas laborales?	17,0 [N=16]	24,5 [N=23]	58,5 [N=55]	[N=1]
¿te retrasas en la entrega de tu trabajo?	24,2 [N=23]	31,6 [N=30]	44,2 [N=42]	[N=0]
¿tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?	38,9 [N=37]	47,4 [N=45]	13,7 [N=13]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

La mayor exposición por puesto de trabajo se observa en enfermeras seguidas por médicos, evidencia que no se puede demostrar como estadísticamente significativa (OR: 2.35, IC: 0.8-6.7) (Anexo: 65) por otro lado se observa una buena tendencia en personal de información, auxiliares administrativos y secretaria, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de dichos datos, ya que por la nómina del personal estos grupos de trabajo están conformados por aproximadamente dos personas por departamento.

Gráfico 10, Prevalencia de exposición a Exigencias cuantitativas por puesto de trabajo

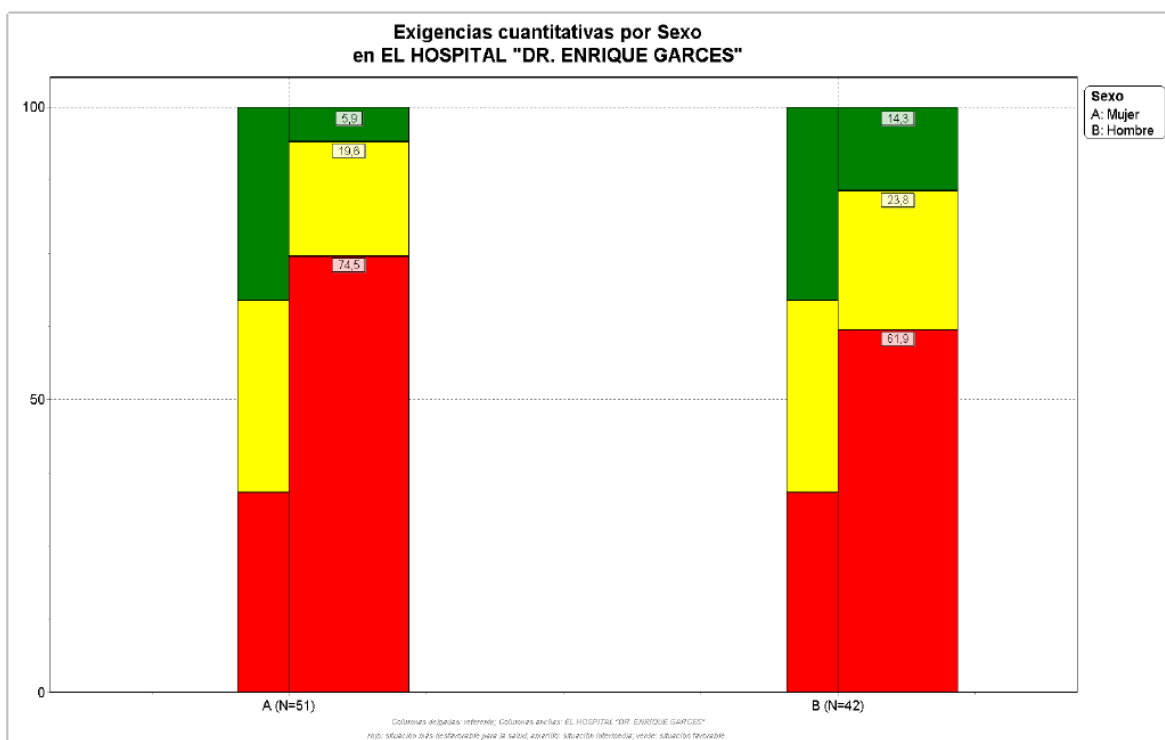


Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Con lo referente a la exposición por sexo se observa que la respuesta negativa fue mayor en mujeres con respecto a hombres (74.5 vs 61.9), dicha información puede justificarse de con lo evidenciado con el conflicto de rol, ya que se encuentran en íntima relación, al no haber una delimitación puntual del trabajo, las tareas tienden a acumularse. Sin embargo esta evidencia no se puede demostrar como estadísticamente significativa (OR: 1.79, IC: 0.7-4.3) (Anexo: 49)

Gráfico 11, Prevalencia de exposición a Exigencias cuantitativas por sexo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Exigencias a esconder emociones: son las exigencias para mantener un estado afectivo neutral independientemente del comportamiento de usuarios o clientes, compañeros, superiores, proveedores u otras personas. En puestos de trabajo de atención a las personas, estas exigencias forman parte de la naturaleza de las tareas y no pueden ser eliminadas. El desarrollo de habilidades y de estrategias de protección para su manejo y la disminución del tiempo de exposición representan vías de prevención importantes. Un 57,9% de trabajadores de emergencias de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 26,3% a la intermedia y un 15,8% a la más favorable para la salud respecto a las Exigencias de esconder emociones.

Tabla 15, Proporción de respuestas a las preguntas asociadas con Exigencia a esconder emociones

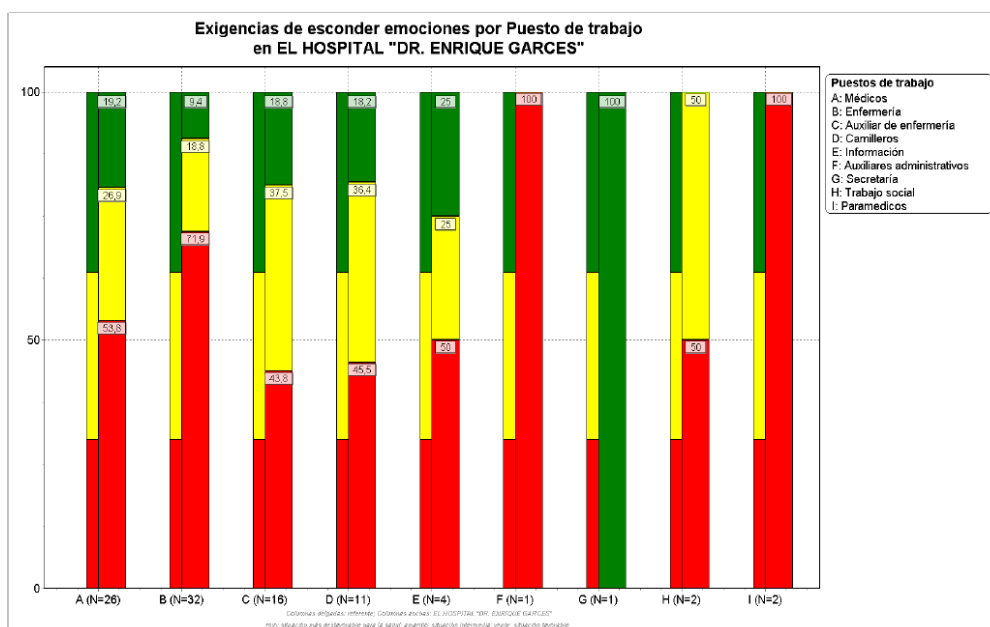
	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿tu trabajo requiere que trates a todo el mundo por igual aunque no tengas ganas?	74,7 [N=71]	11,6 [N=11]	13,7 [N=13]	[N=0]
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿te exigen en el trabajo ser amable con todo el mundo independientemente de la forma como te traten?	88,4 [N=84]	2,1 [N=2]	9,5 [N=9]	[N=0]
	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿tu trabajo requiere que te calles tu opinión?	32,6 [N=31]	29,5 [N=28]	37,9 [N=36]	[N=0]
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿tu trabajo requiere que escondas tus emociones?	54,7 [N=52]	23,2 [N=22]	22,1 [N=21]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

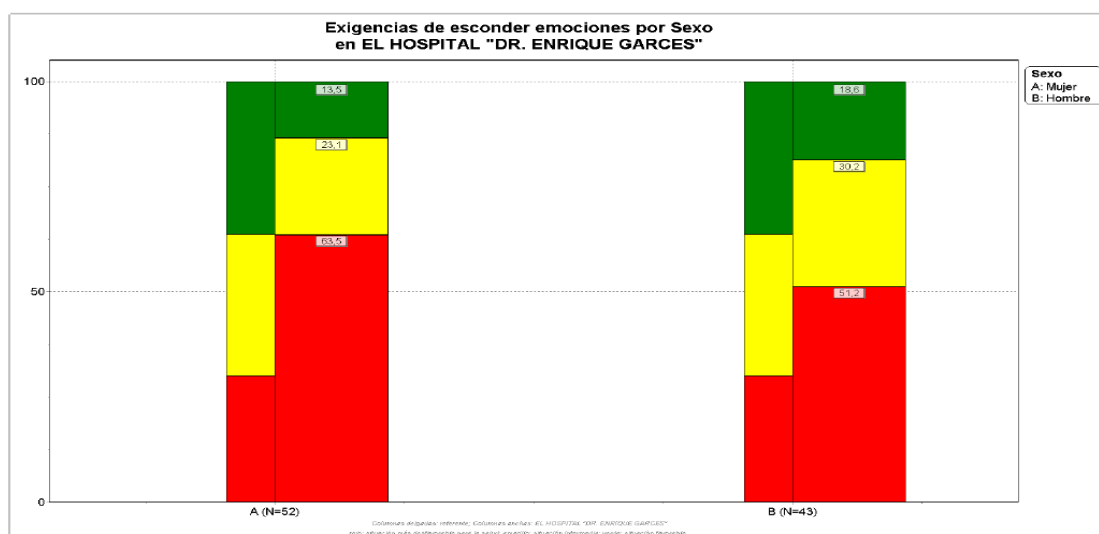
Se observa que el grupo de trabajo que presenta mayor exigencia a esconder emociones es el personal de enfermería y medicina, sin embargo no se puede establecer dichos puestos de trabajo como factor de riesgo ya que la evidencia no se puede demostrar como estadísticamente significativa (OR: 1.8, IC: 0.7-4.4) (Anexo: 68). Se observa también que existe una prevalencia elevada en personal auxiliar administrativo y paramédico, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de dichos datos, ya que por la nómina del personal, estos grupos de trabajo están conformados por aproximadamente dos personas por departamento.

Gráfico 12, Prevalencia de exigencias de esconder emociones por puesto de trabajo,



La respuesta negativa a su vez fue en general mayor en mujeres que en hombres en todos los puestos de trabajo (63.5 vs 51.2), si bien esta exposición psicosocial representa un factor de riesgo en todos los servicios de salud esta proporción puede estar explicada ya que la mayoría del total de encuestados son mujeres mas no por que el sexo represente un factor de riesgo en sí de acuerdo a los resultados del presente estudio (OR: 1.65, IC: 0.7-3.7) (Anexo 50)

Gráfico 13, Prevalencia de exigencias de esconder emociones por sexo



Doble presencia (Doble trabajo): Son las exigencias sincrónicas, simultáneas del ámbito laboral y del ámbito doméstico-familiar, tiene que ver con las exigencias cuantitativas, la ordenación, duración, alargamiento o modificación de la jornada de trabajo en desmedro del tiempo que el trabajador requiere para el cuidado de su vida social, o las acciones que debe realizar en su hogar. Un 55,6% de trabajadores de emergencia de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 35,6% a la intermedia y un 8,9% a la más favorable para la salud respecto a la Doble presencia.

Tabla 16, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con Doble Jornada

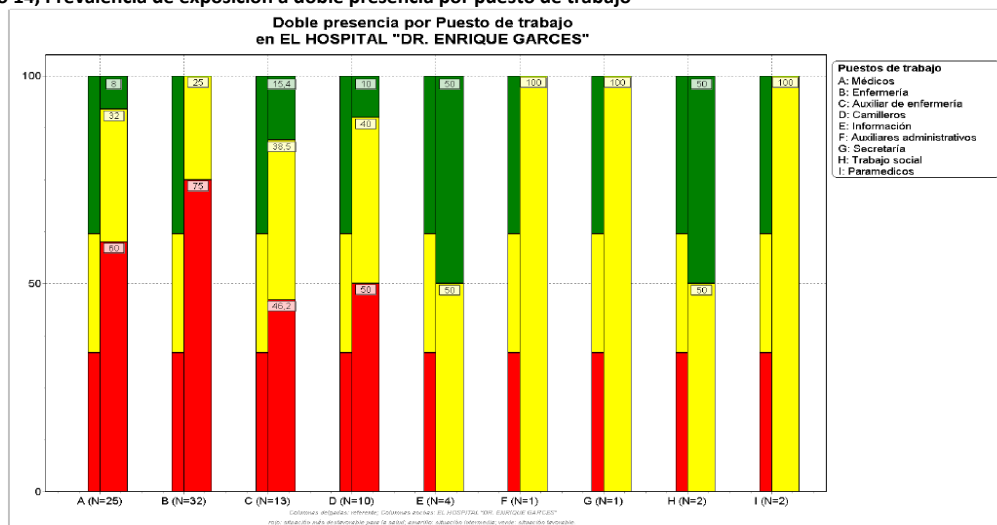
	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿piensas en las tareas domésticas y familiares cuando estás en la empresa?	21,3 [N=20]	29,8 [N=28]	48,9 [N=46]	[N=1]
¿hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez?	29,3 [N=27]	39,1 [N=36]	31,5 [N=29]	[N=3]
¿sientes que el trabajo en la empresa te consume tanta energía que perjudica a tus tareas domésticas y familiares?	38,3 [N=36]	31,9 [N=30]	29,8 [N=28]	[N=1]
¿sientes que el trabajo en la empresa te ocupa tanto tiempo que perjudica a tus tareas domésticas y familiares?	30,5 [N=29]	23,2 [N=22]	46,3 [N=44]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

Los puestos de trabajo que presentaron respuesta más desfavorable, están encabezados por enfermería, quienes adicionalmente no poseen respuestas que se puedan ubicar en el tercil de menor riesgo, seguidos de médicos, camilleros y auxiliares de enfermería. Sin embargo el puesto de trabajo no se puede determinar como factor de riesgo (OR: 2.4, IC: 0.9-5.9), (Anexo: 72)

Gráfico 14, Prevalencia de exposición a doble presencia por puesto de trabajo

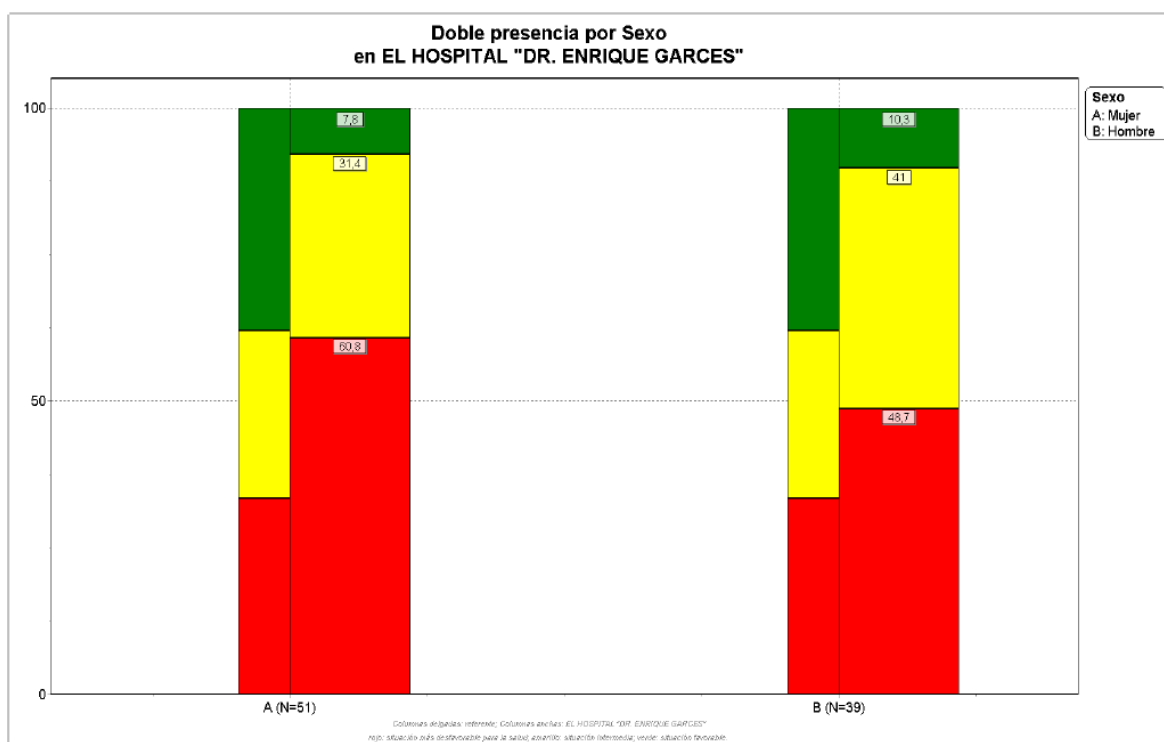


Fuente: Esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

La exposición más desfavorable continúa siendo más común en el sexo femenino con respecto al masculino (60.8 vs 48.7), esta información puede justificarse ya que en el contexto social actual la mujer todavía es la que mayormente se encarga de las labores familiares, razón por la cual las actividades laborales tienen mayor impacto en esta dimensión para este sexo. A pesar de lo expuesto por la literatura, el presente estudio no encuentra evidencia estadísticamente significativa para determinar al sexo como factor de riesgo (OR: 1.6, IC: 0.7-3.7) (Anexo 50)

Gráfico 15, Prevalencia de exposición a doble presencia por sexo



Fuente, esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Inseguridad sobre las condiciones de trabajo: Es la preocupación por el futuro en relación a los cambios no deseados de condiciones de trabajo fundamentales, se relaciona con las amenazas de empeoramiento de condiciones de trabajo especialmente valiosas. Un 53,8% de trabajadores de emergencia de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCÉS" está expuesto a la situación más desfavorable, un 20,4% a la intermedia y un 25,8% a la más favorable para la salud respecto a la Inseguridad sobre las condiciones de trabajo.

Tabla 17, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con inseguridad sobre las condiciones de trabajo

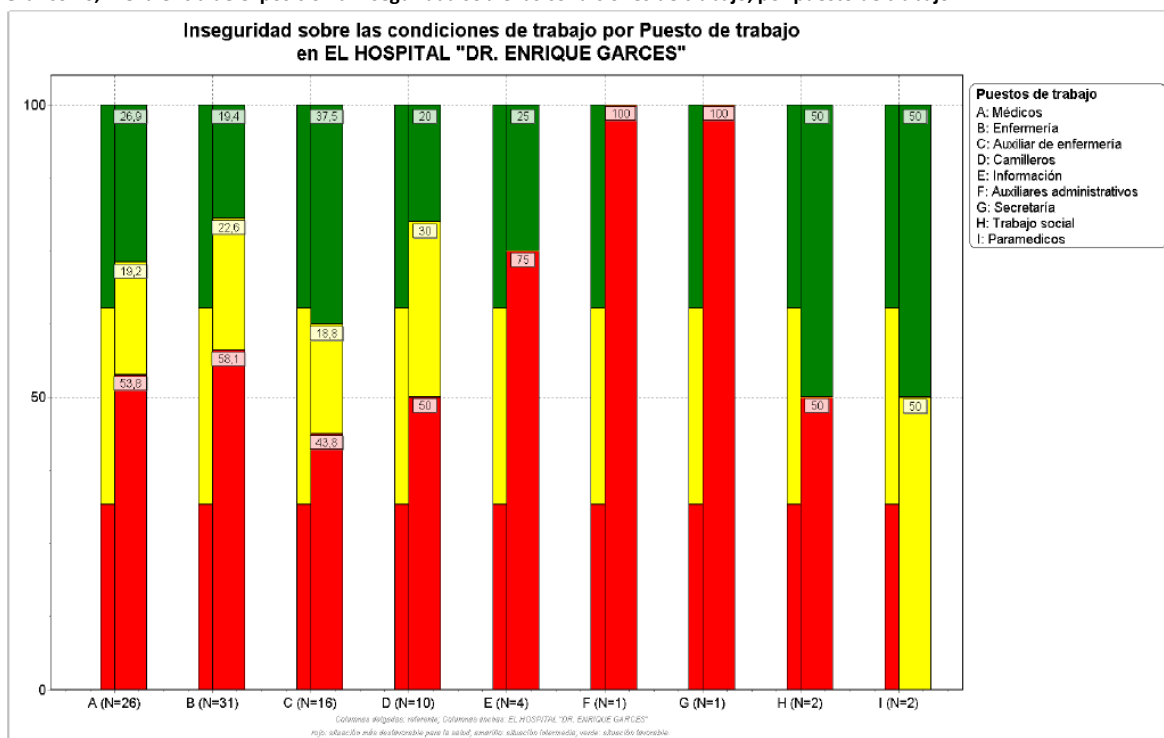
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿si te trasladan a otro centro de trabajo, unidad, departamento o sección contra tu voluntad?	27,4 [N=26]	22,1 [N=21]	50,5 [N=48]	[N=0]
¿si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida...) contra tu voluntad?	27,4 [N=26]	21,1 [N=20]	51,6 [N=49]	[N=0]
¿si te cambian de tareas contra tu voluntad?	29,5 [N=28]	18,9 [N=18]	51,6 [N=49]	[N=0]
si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especies...)?	51,6 [N=48]	9,7 [N=9]	38,7 [N=36]	[N=2]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

Todos los puestos de trabajo sobrepasan en alguna proporción el tercil de riesgo más desfavorable situación que puede explicarse por el grupo etario por el cual esta mayormente conformada la investigación, así al ser una población joven se enfrenta a necesidades de un hogar que se encuentra todavía en formación.

Gráfico 16, Prevalencia de exposición a Inseguridad sobre las condiciones de trabajo, por puesto de trabajo

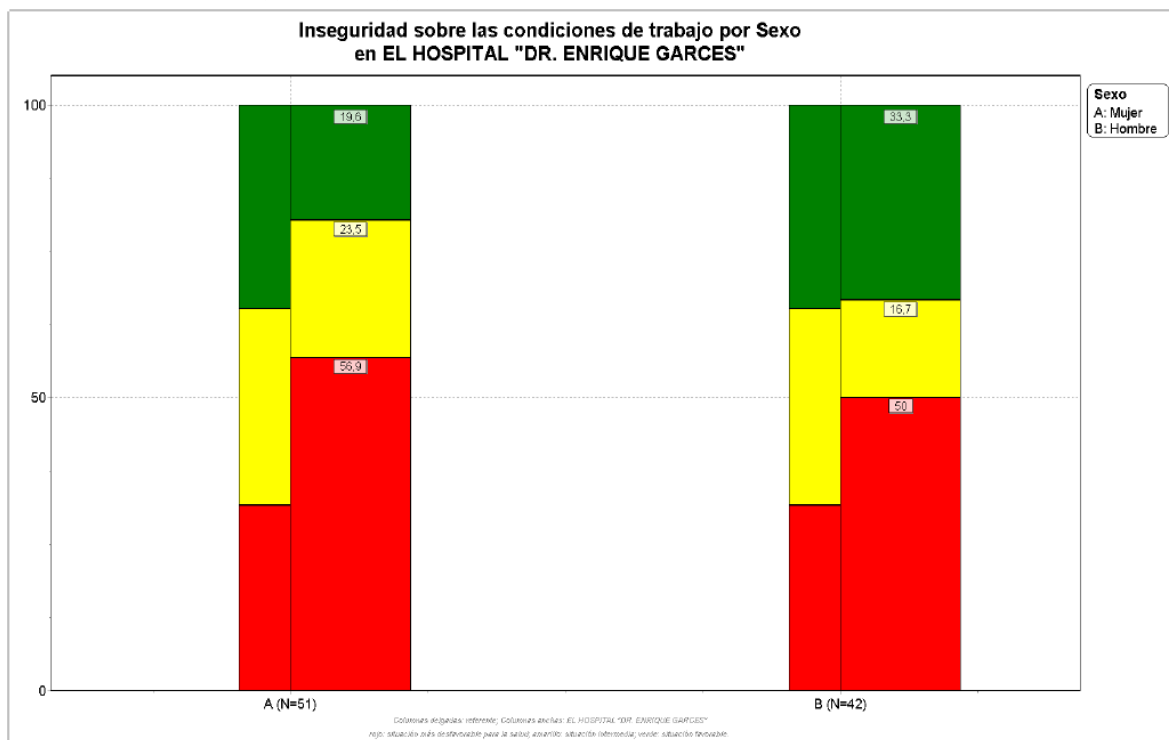


Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

En el análisis de respuesta según sexo, se mantiene la tendencia a que las mujeres presenten un porcentaje de respuesta insatisfactoria mayor que los hombres, sin embargo en esta categoría la diferencia no es tan grande como en las otras exposiciones (56.9 vs 50). Por otro lado no se puede demostrar la evidencia como estadísticamente significativa (OR: 1.3, IC: 0.58-2.99) (Anexo 51)

Gráfico 17, Prevalencia de exposición a Inseguridad sobre las condiciones de trabajo, por sexo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Inseguridad sobre el empleo: es la preocupación por el futuro en relación a la ocupación. Tiene que ver con la estabilidad del empleo y las posibilidades de empleo en el mercado laboral de residencia. Un 45,7% de trabajadores del servicio de emergencia de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCÉS" está expuesto a la situación más desfavorable, un 26,6% a la intermedia y un 27,7% a la más favorable para la salud respecto a la Inseguridad sobre el empleo.

Tabla 18, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con inseguridad sobre el empleo

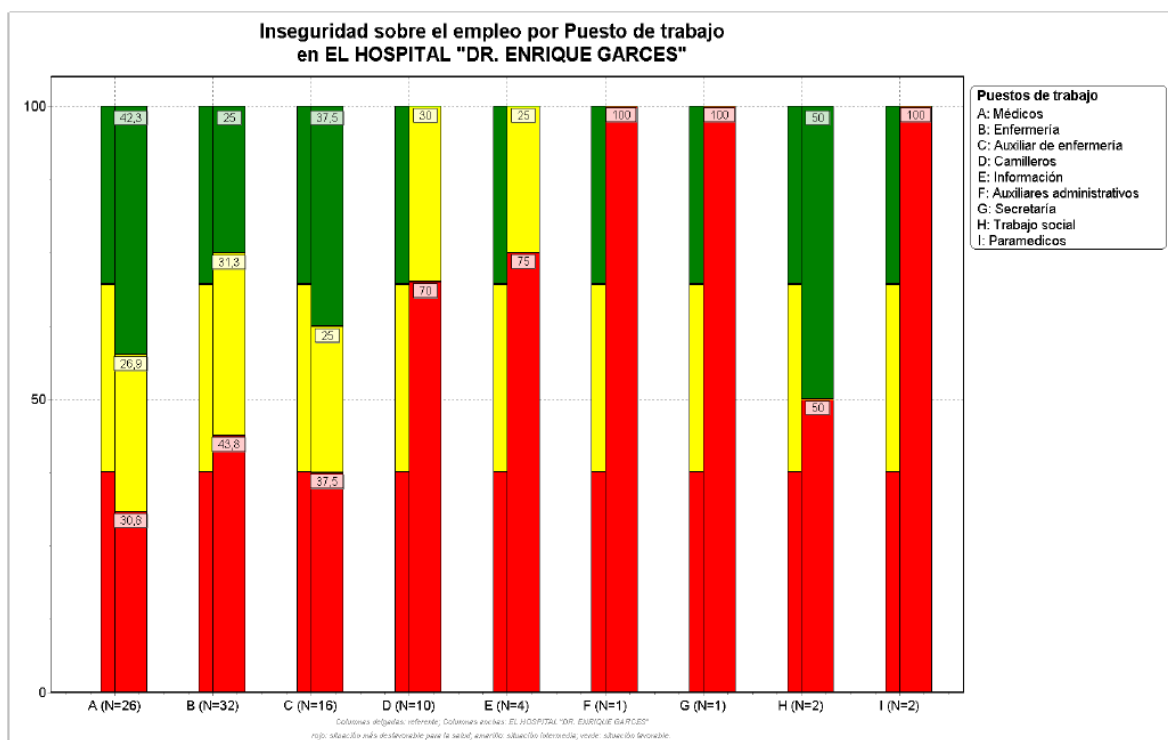
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿si te despiden o no te renuevan el contrato?	48,9 [N=46]	11,7 [N=11]	39,4 [N=37]	[N=1]
¿lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedases en paro?	64,2 [N=61]	10,5 [N=10]	25,3 [N=24]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

Las puntuaciones más desfavorables se observan en el personal de paramédicos al igual que en los auxiliares administrativos, información y secretaría, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de dichos datos, ya que por la nómina del personal, estos grupos de trabajo están conformados por aproximadamente dos personas por departamento. Por otro lado el personal de camilleros también presenta una puntuación desfavorable, sin embargo esta evidencia no es estadísticamente significativa (OR: 2.76, IC: 0.6-11.3) (Anexo 73)

Gráfico 18, Prevalencia de exposición a Inseguridad sobre el empleo, por puesto de trabajo

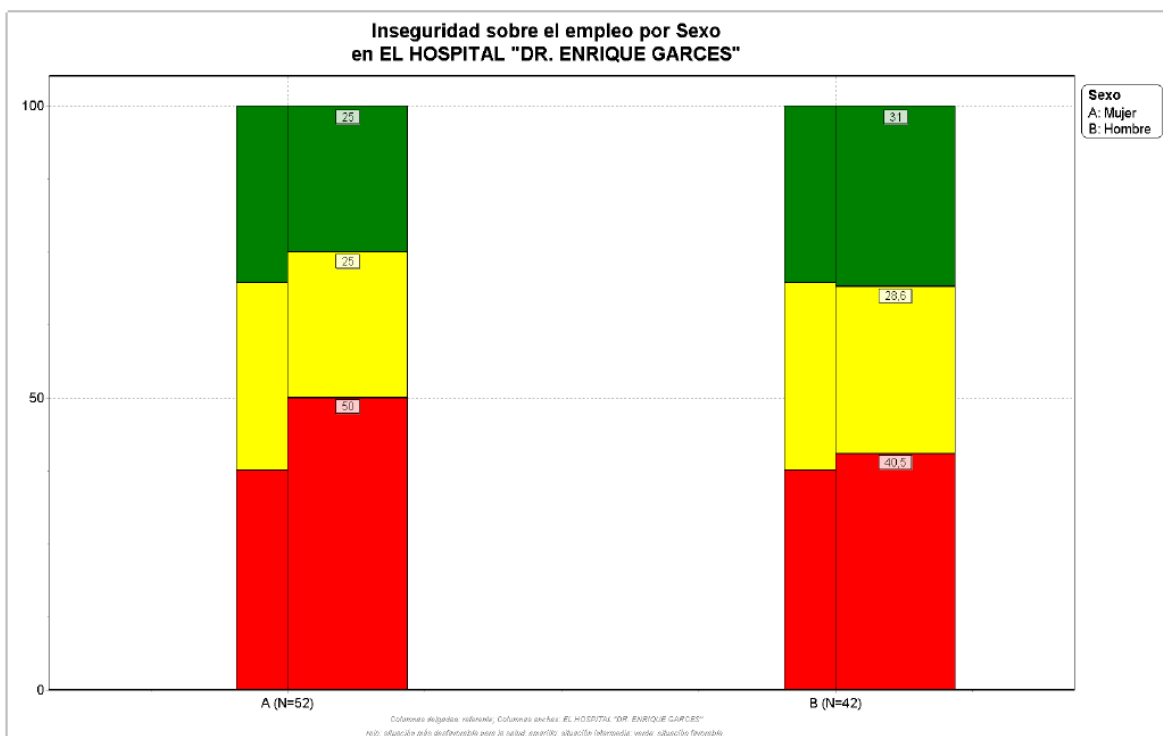


Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

En cuanto al análisis por sexo la tendencia sigue siendo más desfavorable para las mujeres, sin embargo la misma no es tan marcada como en otros niveles de exposición y se recomienda al lector tomar en cuenta que más de la mitad del universo está conformado por mujeres.

Gráfico 19, Prevalencia de exposición a Inseguridad sobre el empleo, por sexo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Apoyo social de compañeros: implica recibir la ayuda necesaria y cuando se necesita por parte de compañeros y compañeras para realizar bien el trabajo, se relaciona con ítems adicionales como estrategias que dificulten la formación de verdaderos equipo de trabajo, fomentando la competitividad individual (por ejemplo, con salarios variables en base a objetivos individuales), o asignando las tareas, cambios de horarios, de centro, etc., de forma arbitraria. Un 38,9% de trabajadores de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 36,8% a la intermedia y un 24,2% a la más favorable para la salud respecto al Apoyo social de compañeros.

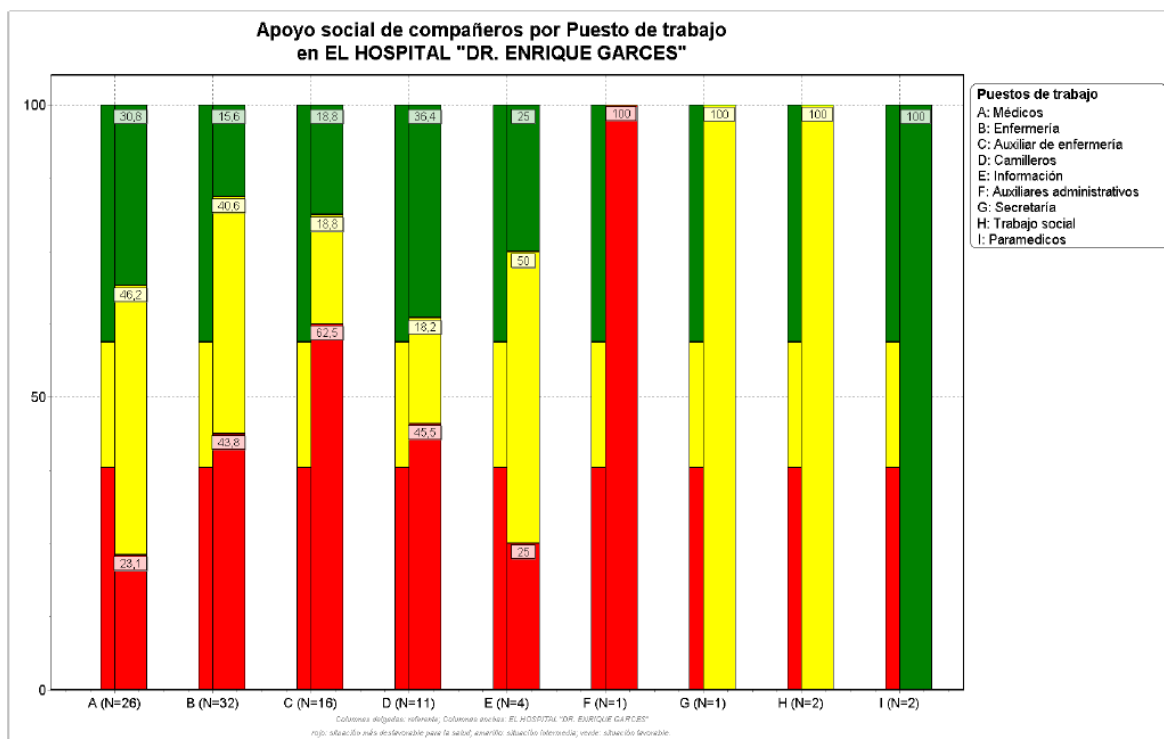
Tabla 19, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con apoyo social de compañeros

	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿recibes ayuda y apoyo de tus compañeros en la realización de tu trabajo?	61,1 [N=58]	35,8 [N=34]	3,2 [N=3]	[N=0]
¿tus compañeros están dispuestos a escuchar tus problemas del trabajo?	41,1 [N=39]	41,1 [N=39]	17,9 [N=17]	[N=0]
¿tus compañeros hablan contigo sobre cómo haces tu trabajo?	42,1 [N=40]	35,8 [N=34]	22,1 [N=21]	[N=0]

Fuente: esta investigación, Elaborada por: Chavez P., 2015

Los grupos en donde se evidencia mayor prevalencia de las respuestas más desfavorables es en auxiliares de enfermería y camilleros (OR: 2.61 IC: 0.8-7.7) (Anexo: 74), se observa una tendencia negativa también en el personal de auxiliares administrativos sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de dichos datos, ya que por la nómina del personal, este grupo de trabajo está conformado por una sola persona. Cabe recalcar que a pesar de que algunos grupos de trabajo por separado presenten cifras elevadas, la tendencia general del grupo se encuentra dentro de rangos muy comparables al tercil de control, situación que resulta beneficiosa para el personal y que debe ser tomada igualmente en cuenta en el momento de plantear estrategias preventivas como herramienta.

Gráfico 20, Prevalencia de exposición a apoyo social de compañeros, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Previsibilidad: implica disponer de la información adecuada, suficiente y a tiempo para poder realizar de forma correcta el trabajo adaptándose a los cambios. La falta de previsibilidad está relacionada con la ausencia de información y con las prácticas de comunicaciones centradas en cuestiones superfluas y no en las cotidianas y relevantes del trabajo. Un 28,4% de trabajadores del servicio de emergencia de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 36,8% a la intermedia y un 34,7% a la más favorable para la salud respecto a la previsibilidad.

Tabla 20, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con inseguridad sobre el empleo

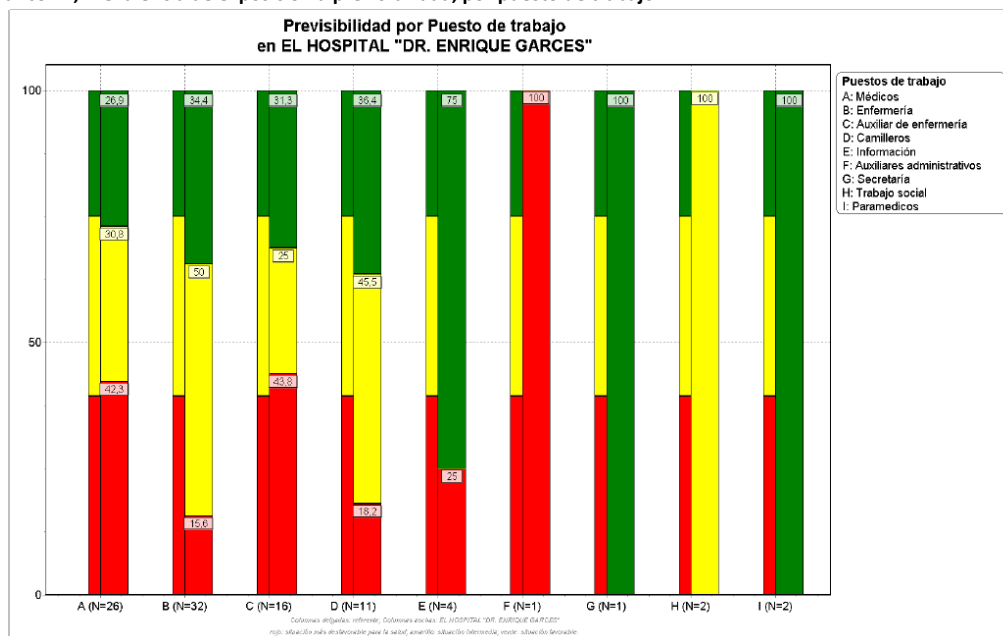
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿en tu empresa se te informa con suficiente antelación de decisiones importantes, cambios y proyectos de futuro?	50,5 [N=48]	24,2 [N=23]	25,3 [N=24]	[N=0]
¿recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?	76,8 [N=73]	13,7 [N=13]	9,5 [N=9]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

En términos generales todo el departamento se encuentra mejor que lo planteado en los terciles de control, de esta manera resulta beneficioso para el personal y debe ser tomada en cuenta en el momento de plantear estrategias preventivas como herramienta.

Gráfico 21, Prevalencia de exposición a previsibilidad, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Influencia: Es el margen de decisión que tiene la persona que realiza el trabajo en el día a día de su actividad, en concreto, en relación a las tareas a realizar y cómo realizarlas. Puede guardar una alta relación con las posibilidades de desarrollo. Un 23% de trabajadores/as de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 33,3% a la intermedia y un 43,7% a la más favorable para la salud respecto a la Influencia. Tomando en cuenta que la influencia permite libertad en el trabajo de las personas, es un hallazgo alentador encontrarla en niveles favorables, por esta misma razón es un dato a tomar en cuenta en el momento de proponer estrategias de prevención en el área laboral(5). No se observa diferencia significativa en las respuestas según sexo (Anexo 23).

Tabla 21, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con influencia

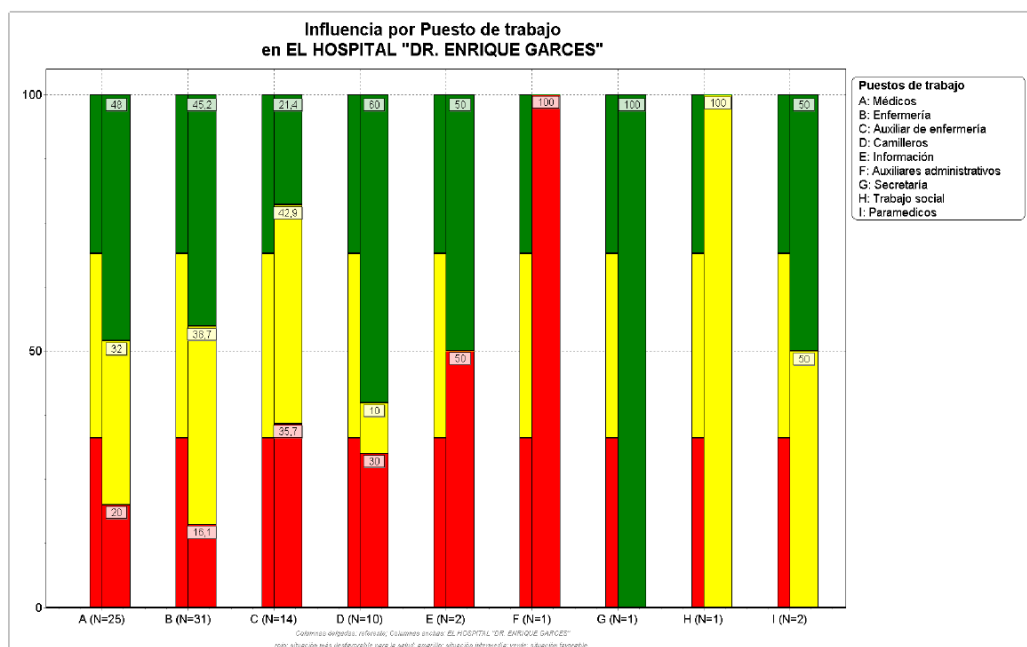
	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿tienes influencia sobre el ritmo al que trabajas?	46,7 [N=43]	31,5 [N=29]	21,7 [N=20]	[N=3]
¿tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo?	32,6 [N=31]	35,8 [N=34]	31,6 [N=30]	[N=0]
¿tienes influencia sobre cómo realizas tu trabajo?	50,5 [N=47]	28,0 [N=26]	21,5 [N=20]	[N=2]
¿tienes influencia sobre qué haces en el trabajo?	54,4 [N=49]	24,4 [N=22]	21,1 [N=19]	[N=5]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

Con respecto al puesto de trabajo, los valores se encuentran en una situación más favorable que los terciles de control, con excepción de los auxiliares administrativos, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de dichos datos, ya que por la nómina del personal, este grupo de trabajo está conformado por una sola persona.

Gráfico 22, Prevalencia de exposición a influenza, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Calidad de liderazgo: Se refiere a como el personal que participó en el estudio ve el liderazgo de sus jefes inmediatos. Esta dimensión está muy relacionada con la dimensión de apoyo social de superiores. Un 22% de trabajadores de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCÉS" está expuesto a la situación más desfavorable, un 30,8% a la intermedia y un 47,3% a la más favorable para la salud respecto a la Calidad de liderazgo.

Tabla 22, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con influenza,

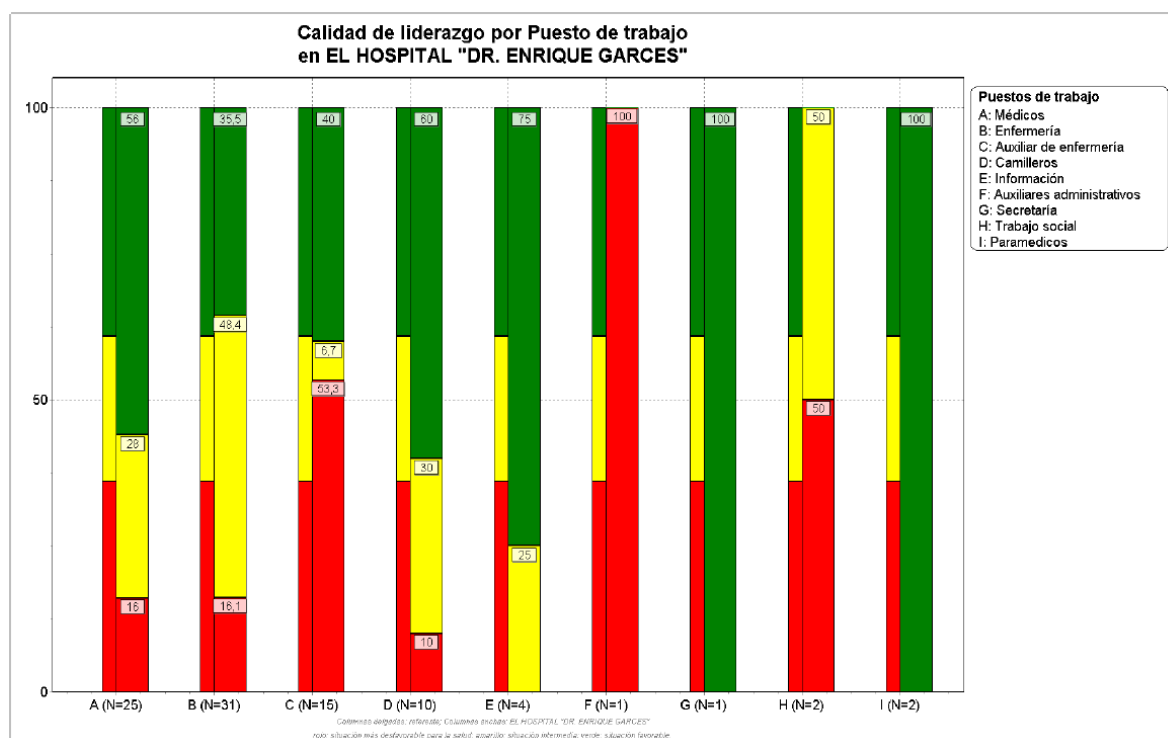
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿tu actual jefe inmediato se asegura de que cada uno de los trabajadores tiene buenas oportunidades de desarrollo profesional?	58,7 [N=54]	20,7 [N=19]	20,7 [N=19]	[N=3]
¿tu actual jefe inmediato planifica bien el trabajo?	78,9 [N=75]	12,6 [N=12]	8,4 [N=8]	[N=0]
¿tu actual jefe inmediato distribuye bien el trabajo?	74,5 [N=70]	18,1 [N=17]	7,4 [N=7]	[N=1]
¿tu actual jefe inmediato resuelve bien los conflictos?	69,5 [N=66]	17,9 [N=17]	12,6 [N=12]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

Con respecto a las respuestas según sexo, se observa que en términos generales la tendencia del servicio de emergencia se encuentra en mejor estado que la planteada por los terciles, sin evidenciarse una diferencia significativa entre los mismos (Anexo 25), por otro lado según departamento de trabajo la respuesta es generalmente buena, con excepción del grupo de auxiliares de enfermería, situación que debe ser tomada en cuenta para investigaciones posteriores sobre un posible causal.

Gráfico 23, Prevalencia de exposición a calidad de liderazgo, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Apoyo social de los superiores: hace referencia a recibir la ayuda necesaria y cuando se necesita por parte de los superiores para realizar bien el trabajo, la falta de apoyo de los superiores tiene que ver con la falta de principios y de procedimientos concretos de gestión de personal que fomenten el papel del superior como elemento de apoyo al trabajo del equipo, departamento, sección o área que gestiona. Un 21,7% de trabajadores de la emergencia del HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 35,9% a la intermedia y un 42,4% a la más favorable para la salud respecto al Apoyo social de superiores.

Tabla 23, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con influencia

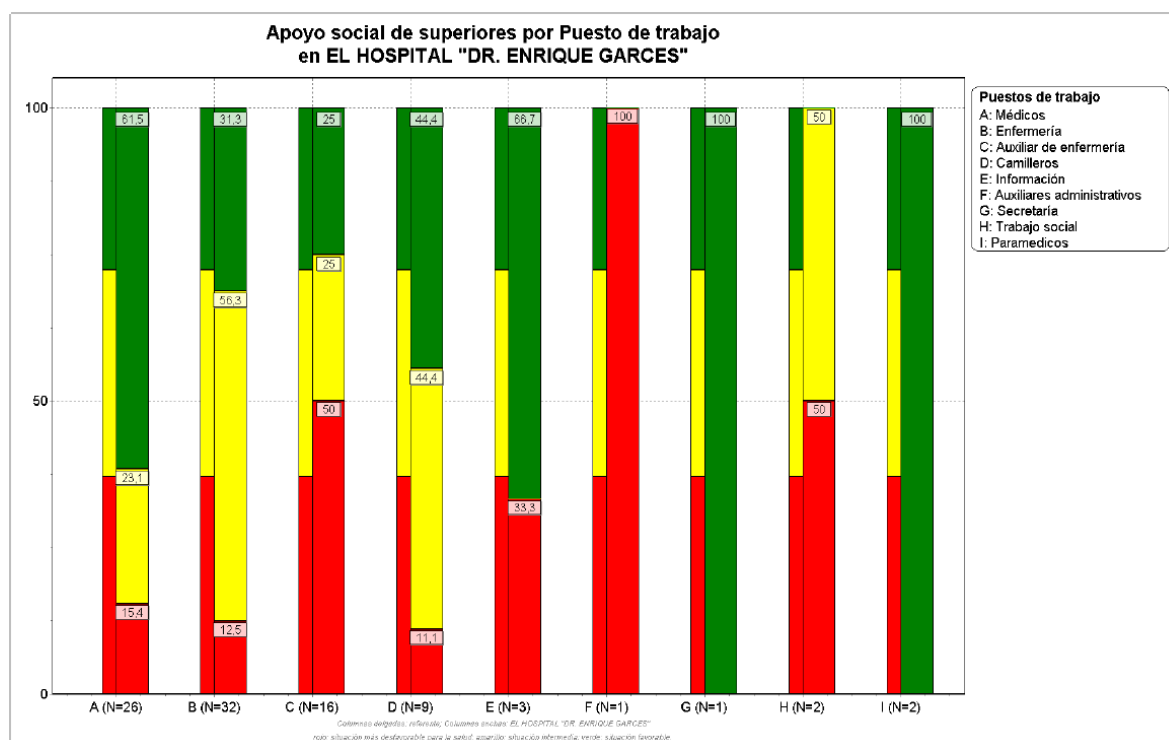
	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿tu jefe inmediato está dispuesto a escuchar tus problemas del trabajo?	69,9 [N=65]	14,0 [N=13]	16,1 [N=15]	[N=2]
¿recibes ayuda y apoyo de tu jefe inmediato en la realización de tu trabajo?	65,3 [N=62]	20,0 [N=19]	14,7 [N=14]	[N=0]
¿tu jefe inmediato habla contigo sobre cómo haces tu trabajo?	64,9 [N=61]	23,4 [N=22]	11,7 [N=11]	[N=1]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

En términos generales la tendencia del grupo en los terciles se encuentra mejor con respecto al control, con respecto a las respuestas por departamento de trabajo se observa que la mayoría se encuentra mejor que el control, con excepción del grupo de auxiliares de enfermería, situación que debe ser tomada en cuenta para investigaciones posteriores sobre un posible causal. De igual manera la respuesta no es favorable en el caso de auxiliares administrativos y personal de trabajo social, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de dichos datos, ya que por la nómina del personal, estos grupos de trabajo están conformados por una y dos personas correspondientemente.

Gráfico 24, Prevalencia de exposición a apoyo social de superiores, por puesto de trabajo

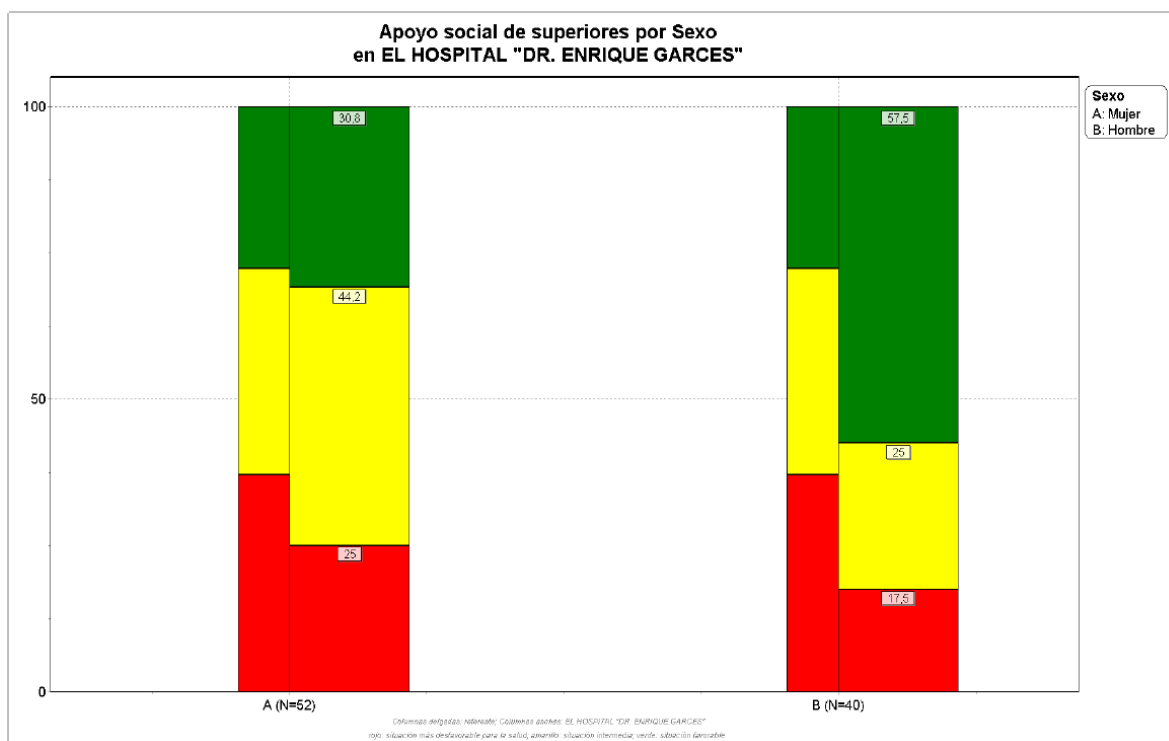


Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

La respuesta por sexo se mantuvo igualmente en una situación favorable para los dos sexos siendo mejor en el caso de los hombres (30 vs 57.5 en el tercil de situación más favorable).

Gráfico 25, Prevalencia de exposición a apoyo social de superiores, por sexo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Claridad del rol: Es el conocimiento concreto sobre la definición de las tareas a realizar, objetivos, recursos a emplear y margen de autonomía en el trabajo. Tiene que ver con la existencia y el conocimiento por parte de todos los trabajadores de una definición concisa de los puestos de trabajo, del propio y del de las demás personas de la organización. Un 20,4% de trabajadores de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 34,4% a la intermedia y un 45,2% a la más favorable para la salud respecto a la Claridad de rol.

Tabla 24, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con claridad de rol

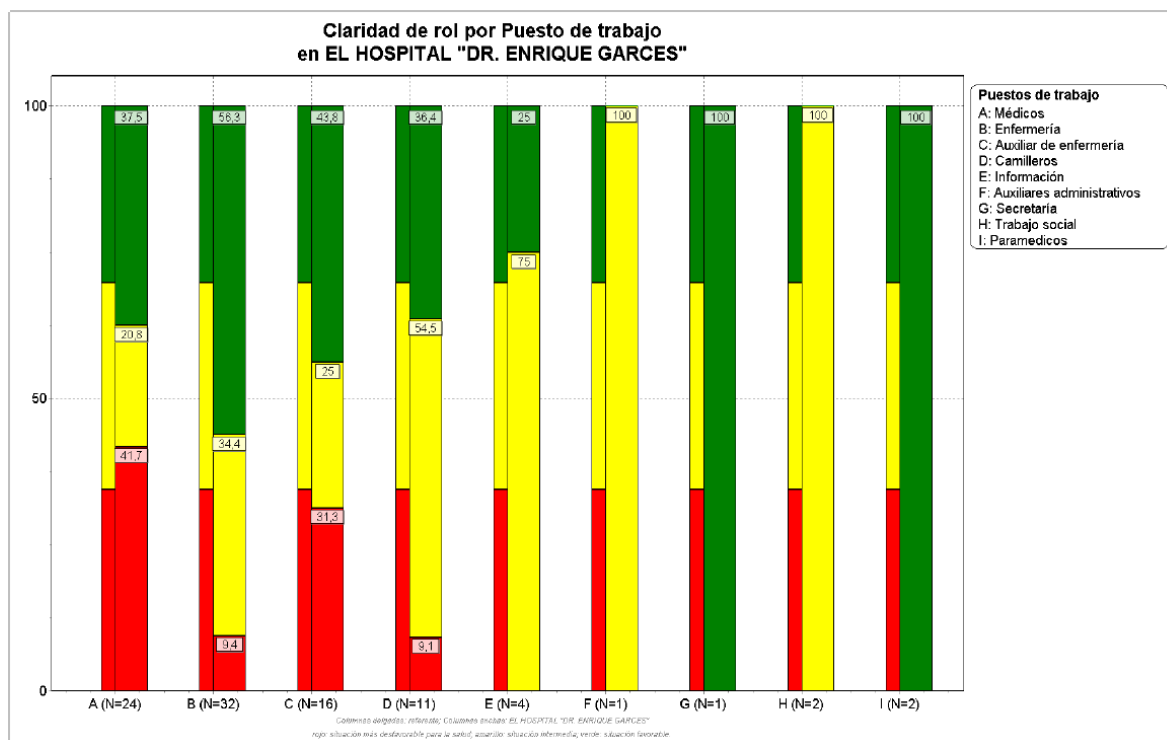
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿tu trabajo tiene objetivos claros?	88,4 [N=84]	4,2 [N=4]	7,4 [N=7]	[N=0]
¿sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	93,5 [N=87]	3,2 [N=3]	3,2 [N=3]	[N=2]
¿sabes exactamente qué se espera de ti en el trabajo?	87,4 [N=83]	10,5 [N=10]	2,1 [N=2]	[N=0]
¿sabes exactamente qué margen de autonomía tienes en tu trabajo?	74,7 [N=71]	16,8 [N=16]	8,4 [N=8]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

La distribución de respuestas en relación con el puesto de trabajo se encuentra en términos generales en igual o mejor situación que los terciles de control, sin embargo esto no se observa en el grupo de médicos. La respuesta por sexos es similar en ambos grupos, situándose en cada uno de los casos en una tendencia mejor con respecto al tercil de control (Anexo 29).

Gráfico 26, Prevalencia de exposición a claridad de rol, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Sentimiento de grupo: Es el sentimiento de formar parte del colectivo humano con el que trabajamos cada día. Se comprende como el componente emocional del apoyo social y como un indicador de la calidad de las relaciones en el trabajo. Se deteriora cuando el trabajo promueve el aislamiento y la competitividad interpersonal en lugar del trabajo en equipo y la cooperación. Un 20,4% de trabajadores/as de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 33,3% a la intermedia y un 46,2% a la más favorable para la salud respecto al Sentimiento de grupo.

Tabla 25, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con claridad de rol

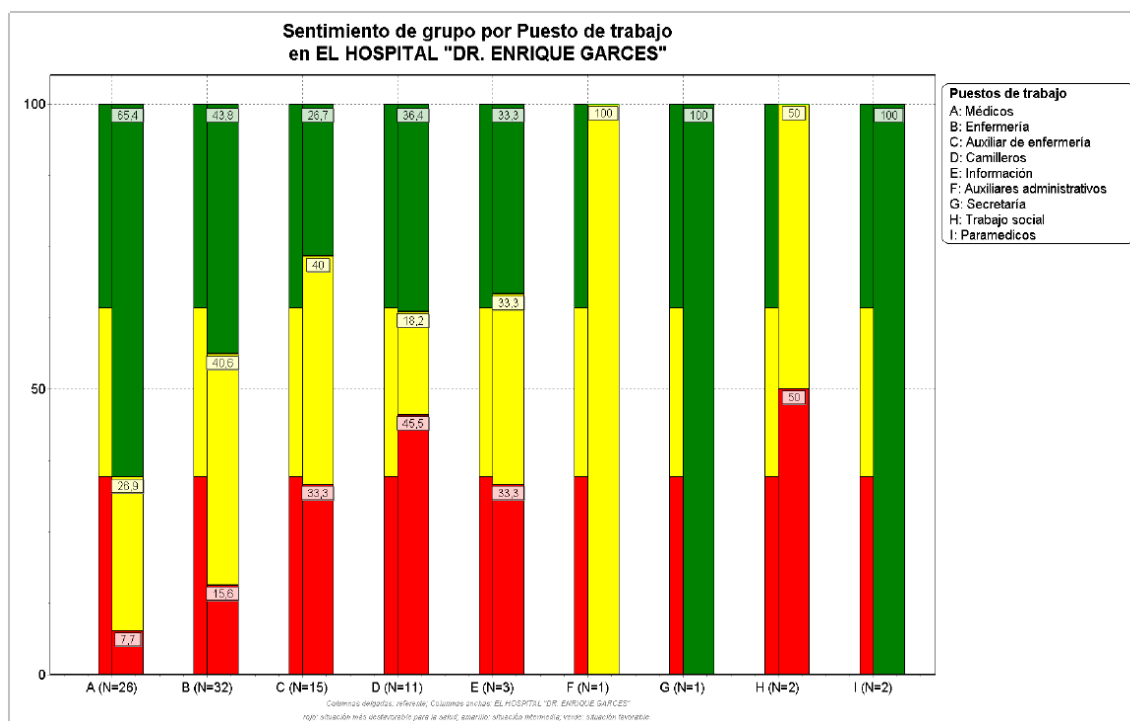
	Siempre + Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez + Nunca	No contesta
	%	%	%	N
¿tienes un buen ambiente con tus compañeros de trabajo?	72,6 [N=69]	18,9 [N=18]	8,4 [N=8]	[N=0]
¿sientes en tu trabajo que formas parte de un grupo?	76,6 [N=72]	17,0 [N=16]	6,4 [N=6]	[N=1]
¿os ayudáis en el trabajo entre compañeros y compañeras?	81,9 [N=77]	13,8 [N=13]	4,3 [N=4]	[N=1]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

Las respuestas con respecto al grupo de trabajo se encuentran comparables a los terciles de control o en una mejor situación que los mismos, con excepción del grupo de camilleros en los cuales la tendencia no es favorable, lo mismo sucede en el grupo de trabajo social, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de este dato, ya que por la nómina del personal, este grupo de trabajo están conformado por dos personas. Por otro lado la situación de riesgo por sexo demuestra que los dos se encuentran en situación beneficiosa, en mayor medida los hombres (54.8 vs 39.2 en el tercil más favorable para la salud) Por otro lado la situación de riesgo por sexo demuestra que los dos se encuentran en situación beneficiosa, en mayor medida los hombres (54.8 vs 39.2 en el tercil más favorable para la salud) (Anexo 31)

Gráfico 27, Prevalencia de exposición a sentimiento de grupo, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Justicia: se refiere a la medida en que las personas trabajadoras son tratadas con equidad en su trabajo, a su vez se relaciona con la existencia de procedimientos que puedan impedir la arbitrariedad de las decisiones. Un 16,1% de trabajadores del servicio de emergencia de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCÉS" está expuesto a la situación más desfavorable, un 14% a la intermedia y un 69,9% a la más favorable para la salud respecto a la Justicia.

Tabla 26, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con justicia

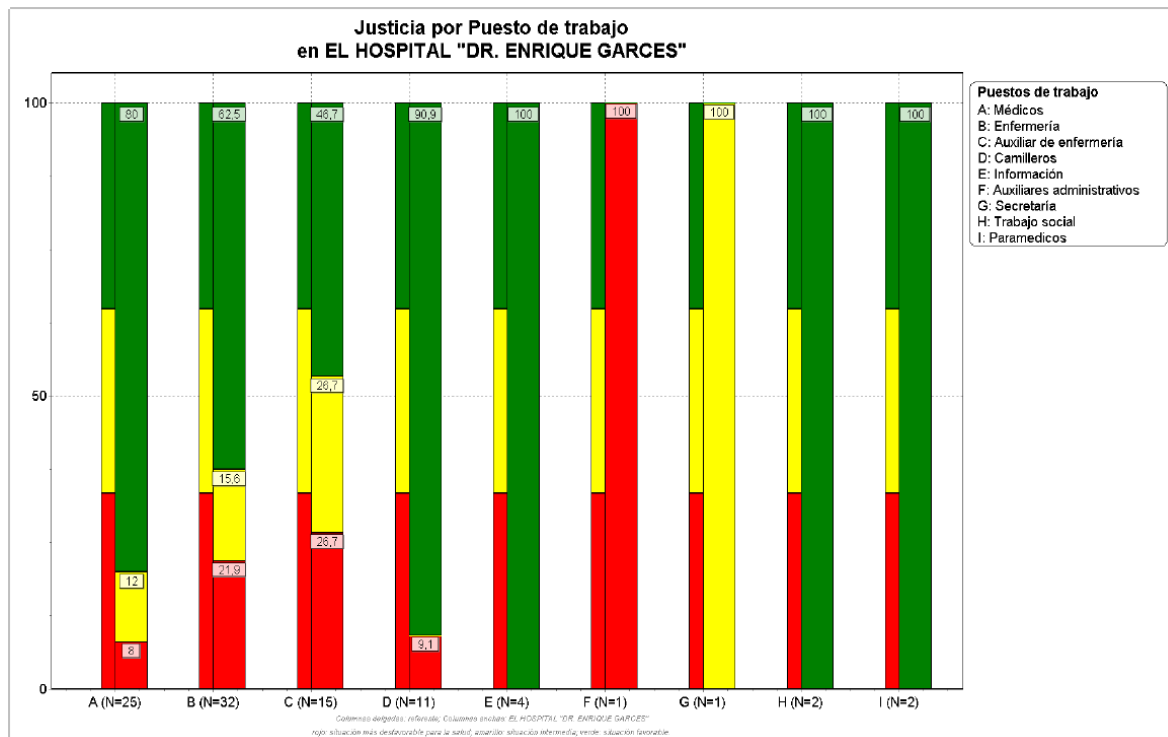
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿se solucionan los conflictos de una manera justa?	53,7 [N=51]	23,2 [N=22]	23,2 [N=22]	[N=0]
¿se le reconoce a uno por el trabajo bien hecho?	41,1 [N=39]	31,6 [N=30]	27,4 [N=26]	[N=0]
¿la dirección considera con la misma seriedad las propuestas procedentes de todos los trabajadores?	42,6 [N=40]	27,7 [N=26]	29,8 [N=28]	[N=1]
¿se distribuyen las tareas de una forma justa?	48,9 [N=46]	26,6 [N=25]	24,5 [N=23]	[N=1]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

La tendencia en todos los grupos de trabajo se encuentra en mejor estado en comparación con los terciles de control, con excepción de los auxiliares administrativos, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de este dato, ya que por la nómina del personal, este grupo de trabajo están conformado por una persona. La distribución de respuestas de acuerdo al sexo se encuentra en los dos casos en una mejor situación que los terciles de control, existiendo una tasa de respuesta positiva mayor en hombres que en mujeres. (81 vs 60.8 en el tercil más favorable para la salud) (Anexo 33)

Gráfico 28, Prevalencia de exposición a justicia, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Reconocimiento: es la valoración, respeto y trato justo por parte de la dirección en el trabajo hacia las tareas y actividades que debe realizar el personal. Un 6,5% de trabajadores de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 10,8% a la intermedia y un 82,8% a la más favorable para la salud respecto al Reconocimiento.

Tabla 27, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con reconocimiento

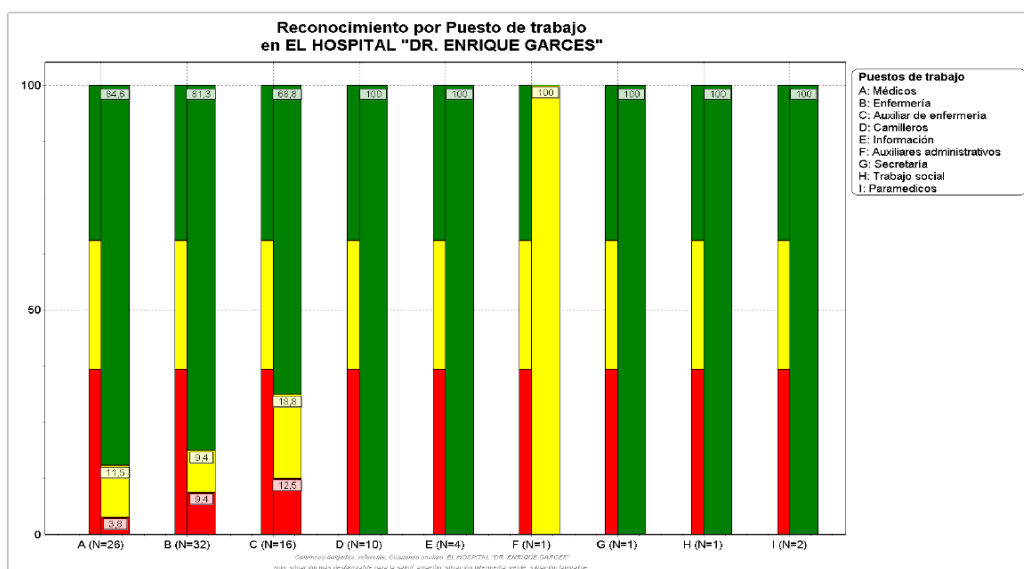
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿tu trabajo es valorado por la dirección?	55,3 [N=52]	22,3 [N=21]	22,3 [N=21]	[N=1]
¿la dirección te respeta en tu trabajo?	63,8 [N=60]	20,2 [N=19]	16,0 [N=15]	[N=1]
¿recibes un trato justo en tu trabajo?	60,0 [N=57]	23,2 [N=22]	16,8 [N=16]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

La tendencia en todos los grupos de trabajo se encuentra en mejor estado en comparación con los terciles de control, con excepción de los auxiliares administrativos, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de este dato, ya que por la nómina del personal, este grupo de trabajo están conformado por una persona. La distribución de respuestas de acuerdo al sexo se encuentra en los dos casos en una mejor situación que los terciles de control, existiendo una tasa de respuesta positiva mayor en hombres que en mujeres. (81 vs 60.8 en el tercil más favorable para la salud) (Anexo 35)

Gráfico 29, Prevalencia de exposición a reconocimiento, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Confianza vertical: Es la seguridad que se tiene de que dirección y trabajadores actúen de manera adecuada o competente. En una relación de poder desigual, la confianza implica la seguridad de que quien ostenta más poder no sacará ventaja de la situación de

vulnerabilidad de otras personas, también tiene que ver con la fiabilidad de la información que fluye desde la dirección a los trabajadores, y con el nivel en que éstos puedan expresar su opinión. Un 5,4% de trabajadores del servicio de emergencia de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 15,1% a la intermedia y un 79,6% a la más favorable para la salud respecto a la Confianza vertical.

Tabla 28, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con confianza vertical

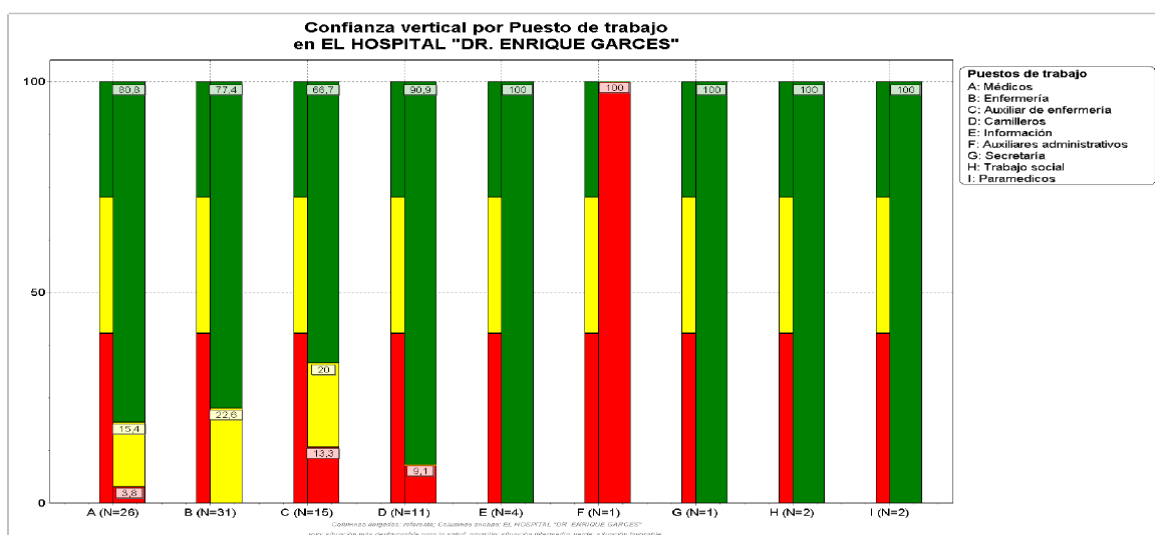
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿confía la dirección en que los trabajadores hacen un buen trabajo?	61,1 [N=58]	24,2 [N=23]	14,7 [N=14]	[N=0]
¿te puedes fiar de la información procedente de la dirección?	59,1 [N=55]	23,7 [N=22]	17,2 [N=16]	[N=2]
¿los trabajadores pueden expresar sus opiniones y emociones?	49,5 [N=47]	18,9 [N=18]	31,6 [N=30]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

La respuesta en referencia al puesto de trabajo es beneficiosa en cada uno de los casos con excepción del puesto “auxiliares administrativos”, sin embargo se recomienda discreción en la interpretación de este dato, ya que por la nómina del personal, este grupo de trabajo están conformado por una persona. La respuesta es igualmente beneficiosa en ambos sexos, teniendo respuestas que se encuentran en mejor situación con respecto a los terciles de control (Anexo 37).

Gráfico 30, Prevalencia de exposición a confianza vertical, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Posibilidades de desarrollo: Es el nivel de oportunidades que el trabajo para poner en práctica los conocimientos, habilidades y experiencia de los trabajadores y adquirir nuevos, se relaciona directamente con los niveles de complejidad y variedad de las tareas, siendo el trabajo estandarizado y repetitivo, el paradigma de la exposición nociva. Un 3,2% de trabajadores de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCES" está expuesto a la situación más desfavorable, un 8,6% a la intermedia y un 88,2% a la más favorable para la salud respecto a las Posibilidades de desarrollo.

Tabla 29, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con posibilidades de desarrollo

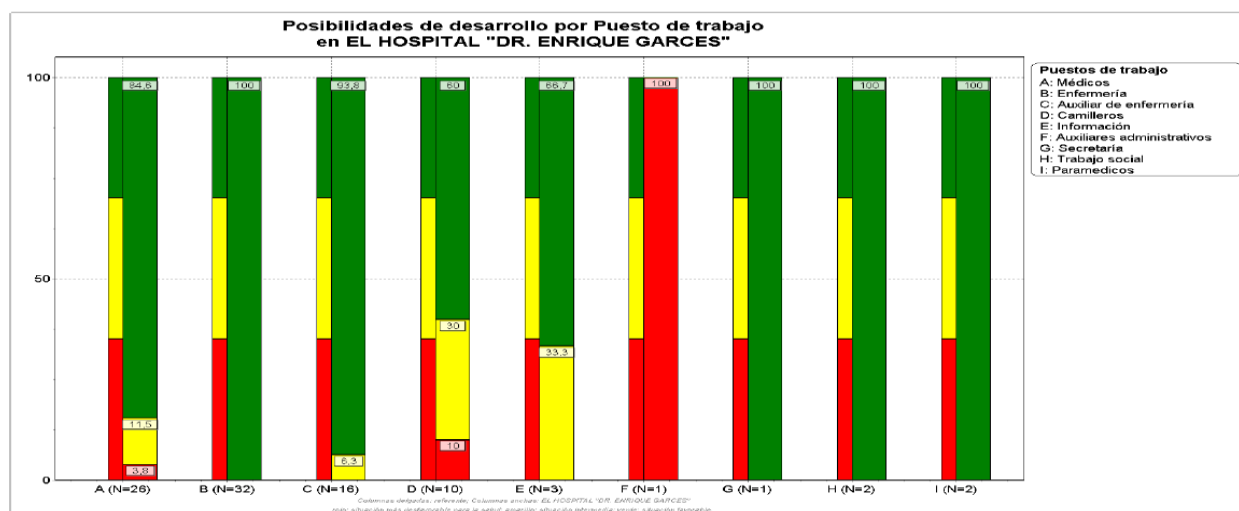
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿tu trabajo requiere que tengas iniciativa?	90,5 [N=86]	5,3 [N=5]	4,2 [N=4]	[N=0]
¿tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?	88,4 [N=84]	6,3 [N=6]	5,3 [N=5]	[N=0]
¿tu trabajo te da la oportunidad de mejorar tus conocimientos y habilidades?	90,4 [N=85]	7,4 [N=7]	2,1 [N=2]	[N=1]
¿tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?	90,4 [N=85]	2,1 [N=2]	7,4 [N=7]	[N=1]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

La respuesta con respecto a los diferentes grupos de trabajo se encuentra en la mayoría de los casos en una situación más favorable en comparación con los terciles de control, con la excepción del grupo de auxiliares administrativos, sin embargo recomienda discreción en la interpretación de este dato, ya que por la nómina del personal, este grupo de trabajo están conformado por una persona. Con respecto a la respuesta por sexo en los dos casos la tendencia es mejor en comparación a los terciles de control (Anexo 39).

Gráfico 31, Prevalencia de exposición a posibilidades de desarrollo, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Sentido del trabajo: Es la relación que el trabajo tiene con otros valores distintos de tener un empleo y obtener ingresos, tales como la utilidad, la importancia o el valor social o el aprendizaje que implica, se relaciona con contenido del trabajo, con el significado de las tareas por sí mismas, y la visualización de su contribución al producto o servicio final. El sentido del trabajo facilita afrontar las exigencias. Un 1,1% de trabajadores de EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCÉS" está expuesto a la situación más desfavorable, un 6,3% a la intermedia y un 92,6% a la más favorable para la salud respecto al Sentido del trabajo.

Tabla 30, Distribución de frecuencia a las respuestas relacionadas con posibilidades de desarrollo

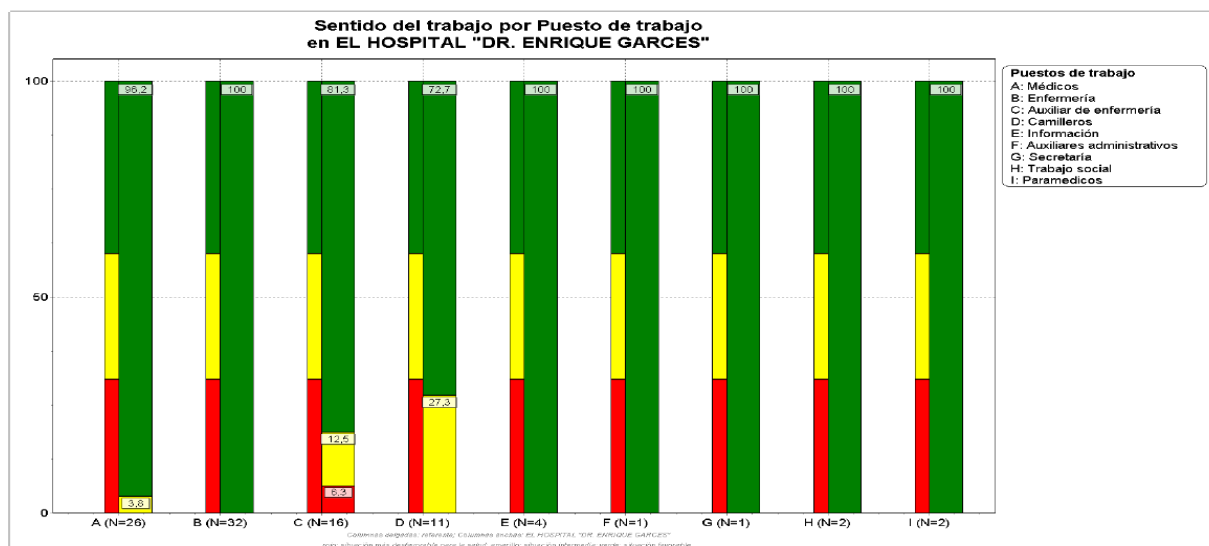
	En gran medida + En buena medida	En cierta medida	En alguna medida + En ninguna medida	No contesta
	%	%	%	N
¿tus tareas tienen sentido?	95,8 [N=91]	4,2 [N=4]	0,0 [N=0]	[N=0]
¿las tareas que haces te parecen importantes?	95,8 [N=91]	3,2 [N=3]	1,1 [N=1]	[N=0]
¿te sientes comprometido con tu profesión?	96,8 [N=92]	2,1 [N=2]	1,1 [N=1]	[N=0]

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

La tendencia en todos los puestos de trabajo es estar en una mejor situación con respecto al tercil de control, la respuesta por sexos se mantiene en la misma situación en los dos casos. Las respuestas obtenidas en esta dimensión de exposición son las más favorables de todo el estudio, por lo tanto representa la mayor herramienta para la prevención de riesgos psicosociales en el servicio (Anexo 41).

Gráfico 32, Prevalencia de exposición a sentido del trabajo, por puesto de trabajo



Fuente: esta investigación

Elaborado por: Chavez P., 2015

Salud General: hace referencia a la percepción propia que cada uno de los miembros de la investigación tiene acerca de su estado de salud. La respuesta más frecuente de acuerdo al rango de edad en el personal del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés fue de buena para el personal menor de 31 años (55.56%), Excelente o muy buena para el personal entre 31 y 45 años (56.10%), de igual forma que el personal de más de 45 años (61.11%). La respuesta más común de acuerdo al sexo fue Buena en el caso de las mujeres menores de 31 años (73.68%), de igual forma que en el resto de grupos de edades (50% para personal ente 31 y 45 años y 45.45% para las mujeres mayores de 45 años). En el caso de los hombres la respuesta más frecuente fue Excelente o muy buena en todos los grupos etarios (58.82% para los menores de 31 años, 73.68% en personal entre 31 y 45 años y 85.71% para los trabajadores mayores de 45 años). Cabe recalcar que no solamente la respuesta fue más positiva en el caso de los hombres, sino que a su vez la tasa de la peor respuesta fue mayor en el caso de las mujeres (10.53% en menores de 31 años, 9.09% tanto en personal entre 31 y 45 años como en mayores de 45 año vs 5.8% en menores de 31 años y 0% en el resto de grupos etarios en los hombres). Sin embargo no se encuentra evidencia que se demuestre como estadísticamente significativa para demostrar a la edad o el sexo como un factor de riesgo o protector (OR: 1.18, IC0.12-10.7) (Anexo 75)

Tabla 30, Distribución de frecuencia de salud general

Salud general					
	Edad		Regular o mala %	Buena %	Excelente o muy buena %
TODOS					
	Menos de 31 años		8,33	55,56	36,11
	Entre 31 - 45 años		4,88	39,02	56,10
	Más de 45 años		5,56	33,33	61,11
MUJERES					
	Menos de 31 años		10,53	73,68	15,79
	Entre 31 - 45 años		9,09	50,00	40,91
	Más de 45 años		9,09	45,45	45,45
HOMBRES					
	Menos de 31 años		5,88	35,29	58,82
	Entre 31 - 45 años		0,00	26,32	73,68
	Más de 45 años		0,00	14,29	85,71
Fuente: esta investigación					

Elaborada por: Chavez P., 2015

Salud mental: la OMS define salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad(16). Los resultados presentados a continuación son la extrapolación realizada por el método COPSOQ-istas 21 tras el análisis de las tendencias de respuestas del cuestionario. La respuesta más frecuente en los participantes del estudio menores de 31 años se sitúa en el tercil medio (41.67%) y puede ser interpretada

como buena, en el personal entre 31-45 años la respuesta más frecuente fue el tercil inferior (45%), al igual que el personal mayor de 45 años (38.89%) que representa un estado regular . Las mujeres presentaron resultados más desfavorables en comparación con los hombres, siendo la respuesta más desfavorable la del personal de entre 31-45 años (50%), la misma que se encuentra correspondiente a un estado regular, seguido por las respuestas del personal menor de 31 años en el tercil de riesgo medio (47.37%). Los hombres reportan respuestas generalmente más positivas, siendo la mejor respuesta la del personal de entre 31-45 años en el tercil muy bueno (44.44%). Sin embargo no se encuentra evidencia que se demuestre como estadísticamente significativa para demostrar a la edad o el sexo como un factor de riesgo o protector (OR: 0.08, IC: 0.2-2) (Anexo 76)

Tabla 31, Distribución de frecuencia de salud mental

Salud mental						
		Edad		Tercil superior %	Tercil medio %	Tercil inferior %
TODOS						
		Menos de 31 años		27,78	41,67	30,56
		Entre 31 - 45 años		35,00	20,00	45,00
		Más de 45 años		33,33	27,78	38,89
MUJERES						
		Menos de 31 años		15,79	47,37	36,84
		Entre 31 - 45 años		27,27	22,73	50,00
		Más de 45 años		36,36	18,18	45,45
HOMBRES						
		Menos de 31 años		41,18	35,29	23,53
		Entre 31 - 45 años		44,44	16,67	38,89
		Más de 45 años		28,57	42,86	28,57

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

Estrés: hace referencia a la proporción de los trabajadores que se encuentran sujetos a cierto grado de estrés como reporte de las tendencias de respuesta del cuestionario COPSOQ-istas 21. En términos generales la mayoría de las respuestas se encuentran en el rango “verde” en todos los rangos de edad. Cabe recalcar sin embargo que la tasa más alta en el rango más desfavorable para la salud la tienen el grupo de trabajadoras menores de 31 años (10.53%). Este dato es necesario de tomar en cuenta ya que la tendencia de resultados demuestra que en general el grupo de mujeres tiene más frecuentemente las respuestas menos favorables, información que será necesario tomar en cuenta en estudios futuros. Sin embargo no se encuentra evidencia que se demuestre como estadísticamente significativa para demostrar a la edad o el sexo como un factor de riesgo o protector (OR: 1.7, IC: 0.6-4.8) (Anexo 77)

Tabla 31, Distribución de frecuencia de estrés

Estrés						
		Edad		Verde %	Amarillo %	Rojo %
TODOS						
		Menos de 31 años		80,56	13,89	5,56
		Entre 31 - 45 años		78,05	21,95	0,00
		Más de 45 años		94,12	5,88	0,00
MUJERES						
		Menos de 31 años		73,68	15,79	10,53
		Entre 31 - 45 años		77,27	22,73	0,00
		Más de 45 años		100,00	0,00	0,00
HOMBRES						
		Menos de 31 años		88,24	11,76	0,00
		Entre 31 - 45 años		78,95	21,05	0,00
		Más de 45 años		85,71	14,29	0,00

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

Burnout: el síndrome de burnout hace referencia a un estado de progresivo agotamiento físico y mental, falta de motivación absoluta por las tareas realizadas, y en especial, por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen(24). Se relaciona con un entorno de excesivas demandas físicas, emocionales y cognitivas hacia el enfermo, situación que se mantiene crónicamente y no puede ser aliviada de ninguna manera por parte de la persona. Los presentes resultados son extraídos de los datos obtenidos del cuestionario COPSOQ-istas 21 para predecir el riesgo del personal del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés para presentar síndrome de Burnout. La tendencia de respuestas para riesgo de presentar síndrome de Burnout se ubica en la mayoría de los casos en el rango “verde”, interpretable como la situación más favorable para la salud en cada uno de los grupos etarios, el riesgo más alto se reporta en mujeres menores de 31 años (21.05 en el rango más desfavorable para la salud). A pesar de ser un rango de riesgo que es relativamente bajo, este dato es necesario de tomar en cuenta ya que la tendencia de resultados demuestra que en general el grupo de mujeres tiene más frecuentemente las respuestas menos favorables. El presente estudio encuentra evidencia que demuestra la edad menor como un factor de riesgo protector para el desarrollo de síndrome de Burnout (OR: 0.26, IC: 0.06-0.9) (Anexo: 78)

Tabla 32, Distribución de frecuencia de probabilidad de Burnout

Burnout						
		Edad		Verde %	Amarillo %	Rojo %
TODOS						
		Menos de 31 años		51,43	37,14	11,43
		Entre 31 - 45 años		60,98	34,15	4,88
		Más de 45 años		83,33	16,67	0,00
MUJERES						
		Menos de 31 años		36,84	42,11	21,05
		Entre 31 - 45 años		59,09	36,36	4,55
		Más de 45 años		72,73	27,27	0,00
HOMBRES						
		Menos de 31 años		68,75	31,25	0,00
		Entre 31 - 45 años		63,16	31,58	5,26
		Más de 45 años		100,00	0,00	0,00

Fuente: esta investigación

Elaborada por: Chavez P., 2015

5. Discusión:

Al momento de realizar el análisis de datos de la presente investigación se tomó primero en cuenta la distribución de los trabajadores con respecto al sexo, dato importante a tomar en cuenta ya que los datos arrojados por la literatura demuestran que las mujeres mayores de 45 años tienen riesgos sociales, como el poco reconocimiento en las labores de casa, etc., que se potencian con las exposiciones psicosociales presentando un mayor impacto en su salud(21). Tras el mismo se determinó que la mayoría de universo de estudio (54.7%) está conformado por mujeres, y a su vez la gran mayoría de ellas tiene menos de 45 años. Datos que nos dan un punto de partida para el análisis posterior.

En el presente estudio las exposiciones de riesgo psicosocial que se encuentran en la situación más desfavorable para la salud de los trabajadores son en orden de importancia

Ritmo de trabajo (100%), conflicto de rol (72%), Exigencias emocionales (71.4%), Exigencias cuantitativas (68.8), Exigencias de esconder emociones (57.9%), doble presencia (55.6%) e inseguridad sobre las condiciones de trabajo (53.8%). Dichas exposiciones fueron tomadas como relevantes ya que más del 50% tienen una condición desfavorable en esas dimensiones. Un estudio similar, realizado en médicos residentes del Hospital Eugenio Espejo del Ecuador, demuestra que en otros ámbitos las exigencias psicológicas cognitivas se encuentran como la exposición más desfavorable del universo con 95.7%(25) de respuestas, seguidas de la inseguridad en las condiciones de trabajo con 78.8%, exigencias emocionales reportando 76.38%(25), y exigencias a esconder emociones con 50.70%(25). Por otro lado un estudio realizado en el personal de un centro de atención primaria del Ecuador, reporta que los factores de riesgo que predominaron fueron en orden de importancia: Exigencias cognitivas (87.5%) (26), Exigencias emocionales (58.3%) (26) y Conflicto de rol (50%) (26).

La evidencia de otros estudios Latinoamericanos realizados en entornos laborales de cuidado de pacientes, como por ejemplo la valoración de riesgos en el personal de salud de un centro de cuidado de adultos mayores en Colombia, arroja evidencia que contrasta con la encontrada en este estudio, ya que se plantea al Sentido de trabajo como la variable más desfavorable con un 100%(27) de respuestas negativas, seguida por el Sentimiento de grupo con un 97.33(27) y la Claridad del rol con 94%(27) del personal situado en el tercil más desfavorable para la salud.

Dichos datos son diferentes al orden obtenido en la presente investigación, lo cual se puede atribuir a que muchos de los factores de riesgo psicosocial que se esperarían en un ámbito laboral específico pueden ser modificados por múltiples factores como tipo de institución, cantidad de trabajo, cantidad de personal, organización del trabajo, etc., y las medidas de prevención que se estén aplicando en ese momento en el sistema de salud. Sin embargo es necesario tomar en cuenta que las exigencias emocionales, junto con las exigencias a esconder emociones, juegan un papel importante que repite su aparición en los estudios antes citados al igual que en el presente.

Las dimensiones psicosociales que el presente estudio encontró como beneficiosas son el sentido de trabajo (92.6%), posibilidades de desarrollo (88.2%), reconocimiento (82.8%), confianza vertical (79.6%), justicia (69.9%), Sentimiento de grupo (46.2%), evidencia que es igualmente encontrada en los estudios previamente citados realizados en el país; así los factores protectores encontrados en un estudio realizado en médicos del Hospital Eugenio Espejo(25) reporta en orden de importancia las Posibilidades de Desarrollo con un 94.36%(25) en el tercil más favorable para la salud, seguido por el Sentido de trabajo con 83.33%(25) de las respuestas ubicadas en el tercil beneficioso. Por otro lado la evidencia del presente estudio contrasta con un estudio análogo realizado en Colombia en personal de cuidado de pacientes adultos mayores, en los cuales existe un bajo Conflicto de Rol, el cual presenta una respuesta favorable para las preguntas asociadas a esta dimensión en 60% de las ocasiones, seguido por las Exigencias Emocionales, las cuales se encuentran en

el tercil más favorable para la salud con un puntaje de 50.76%. Diferencia que podría explicarse por la naturaleza del trabajo y la población atendida (pacientes).

Es previsible encontrar dichas diferencias entre los estudios expuestos y el que aquí se presenta, si tomamos en cuenta que las políticas de salud varían de país en país, a su vez se debe tomar en cuenta que los estudios cuyos resultados coinciden fueron realizados en personal de un Hospital, mientras que el tercero expuesto es realizado en personal que si bien tiene un contacto directo con un paciente, no tiene siempre las mismas exigencias que el personal de un centro de salud.

Es importante también, recalcar que en el caso del personal de hospital los dos estudios demostraron un nivel de compromiso y sensación de sentido del trabajo elevado, circunstancias que son muy alentadoras, ya que son aspectos casi fundamentales para que un área laboral pueda mantenerse en funcionamiento, la evidencia sostiene que el sentido de trabajo permite afrontar de mejor manera un ambiente laboral exigente.

En cuanto a la información obtenida por sexo se evidenció que las respuestas del grupo de mujeres eran comúnmente más desfavorables para cada una de las exposiciones con respecto a los hombres, y por otro lado las respuestas de los hombres ubicadas en los terciles más favorables para la salud eran más frecuentes en comparación con las mujeres. La evidencia en cuanto a riesgo laboral demuestra que uno de los grupos más vulnerables a presentar problemas derivados del estrés, tanto físicos como psiquiátricos son las mujeres, información que se justifica debido al choque entre las exigencias laborales y el

trabajo doméstico (doble presencia), situación que genera muchas veces la percepción de un bajo reconocimiento de las actividades realizadas por la trabajadora en casa o en el sitio de trabajo, lo cual genera mayor descontento que la población general. Por otro lado este resultado se puede explicar también con la evidencia existente al momento acerca del nivel de discordancia entre las aspiraciones y la actividad laboral real en la población de mujeres. Sin embargo cabe recalcar que la evidencia encontrada por el presente estudio no fue estadísticamente significativa para relacionar el sexo como un factor de riesgo, razón por la cual se recomienda la ampliación de la información con estudios futuros.

El puesto de trabajo demostró diferencias significativas en comparación al grupo de control del método de estudio utilizado en cada una de las exposiciones, presentando puntuaciones que se encontraban más negativas para las dimensiones de Ritmo de trabajo, Conflicto de rol, Exigencias emocionales, exigencias cuantitativas, Exigencias a esconder emociones y Doble presencia sobre todo para el personal de Médicos, Enfermería, Auxiliares de enfermería. Siendo beneficiosas en comparación con el grupo de control en dimensiones como Sentido de trabajo, Posibilidades de desarrollo, Confianza vertical, Reconocimiento y Justicia. Es previsible encontrar diferencias de acuerdo al grupo de trabajo ya que la vivencia del ámbito laboral es diferente dependiendo de la actividad que cada uno de los miembros del equipo del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés debe realizar, sin embargo se puede observar una tendencia general en el tipo de respuestas para cada uno de los factores de riesgo psicosocial, circunstancia que de igual manera es entendible ya que todo el servicio comparte las mismas normas de

trabajo, suplemento de insumos y se enfrenta a las exigencias generales que un servicio de cuidado crítico posee.

Por otro lado cabe recalcar que ninguno de los puestos de trabajo presentó evidencia estadísticamente significativa para relacionarse como factor de riesgo por si solo para ninguna de las exposiciones psicosociales, y a su vez hay que tomar en cuenta que ciertos puestos de trabajo contaban con un número de personal disminuido de acuerdo a la nómina del personal, siendo estos puestos Trabajo social, Auxiliares administrativos y secretaría. Por lo cual se recomienda que la información arrojada por la presente investigación en cuanto a estos grupos de trabajo sea analizada con cautela y se planteen futuros estudios del mismo tipo que el presente, en los cuales se pueda complementar la información acerca de la exposición a riesgos psicosociales de estos grupos de trabajo de manera más adecuada.

5.1 Conclusiones:

Tras el presente proceso de investigación se obtienen las siguientes conclusiones:

- **Hipótesis y Objetivo General:**
- Las dimensiones de exposición psicosocial que se encuentran en el tercil más desfavorable para la salud del trabajador del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, representando factores de riesgo para la salud según el método COPSOQ-istas 21 son en orden de frecuencia Ritmo de trabajo, Conflicto de rol, Exigencias emocionales,

Exigencias cuantitativas, Exigencias a esconder emociones, Doble presencia e Inseguridad sobre las condiciones de trabajo.

- **Objetivos específicos:**

- La primera hipótesis del presente estudio se comprueba como verdadera ya que factores de riesgo psicosocial como el ritmo de trabajo alto, exigencias emocionales intensas, cantidad elevada de actividades se demuestran elevadas en comparación del grupo de control suministrado por el método COPSOQ-istas 21, adicionalmente se encontraron en el tercil más desfavorable para la salud dimensiones psicosociales como el Conflicto de rol, la Exigencia a esconder emociones, y la Inseguridad sobre las condiciones de Trabajo
- La segunda hipótesis del presente estudio se comprueba como verdadera, ya que en cada una de las dimensiones de exposición psicosocial, se evidencia una tendencia de respuesta que varía según el puesto de trabajo, a pesar de que en términos generales se puede extrapolar de dicha tendencia una respuesta general
- La tercera hipótesis del presente estudio se comprueba como verdadera, ya que varias de las dimensiones psicosociales se encuentran en el tercil más favorable para la salud del trabajador, representando factores protectores. Siendo estas en orden de frecuencia Sentido del trabajo, Posibilidades de

desarrollo, Confianza Vertical, Reconocimiento, Justicia y Sentimiento de grupo.

- **Otros hallazgos relevantes:**

- Las respuestas negativas fueron mayores en personal de sexo femenino en comparación con el grupo de control suministrado por el método COPSOQ-istas 21 y también en comparación con el grupo de trabajadores de sexo masculino
- Dos de los indicadores más importantes de acuerdo al método COPSOQ-istas 21 y a la literatura se encuentran en el rango más favorable para la salud, siendo estos el Sentido de Trabajo y las Posibilidades de Desarrollo
- La percepción propia del estado de salud del personal del Servicio de Emergencias del Hospital General Enrique Garcés fue buena y la respuesta mejoró de acuerdo al rango de edad mayor
- El estado de Salud Mental del personal del Servicio de Emergencias del Hospital General Enrique Garcés según la extrapolación de resultados del método de estudio se situó principalmente en el tercil medio en los diferentes rangos de edad, pudiendo ser interpretado como “Bueno”
- El riesgo de padecer síndrome de Burnout es mayor en mujeres, sin embargo es un riesgo bajo al igual que el resto del personal. El hecho de ser adulto joven se demuestra como un factor estadísticamente significativo para dicho trastorno

- **Metodología:**
- La aplicación de cuestionarios estandarizados e internacionalmente extrapolables fue óptima para la valoración del estado laboral del personal de salud
- La aplicación de cuestionarios representa la herramienta más fiable para la obtención de factores de riesgo laboral ya que no involucra la susceptibilidad del examinador y puede realizarse en períodos de tiempo limitados
- La tabulación de los datos obtenidos y el cruce de variables mediante el programa informático del método COPSOQ-istas 21 fue óptima para la apreciación de los resultados
- El uso de la herramienta de extrapolación de datos, adjunta en el programa informático del método COPSOQ-istas 21 permitió evaluar el estado general de Salud, estado General de Salud Mental y riesgo de padecer Síndrome de Burnout en el personal de salud del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés
- El uso de Excel y la aplicación STAT CALC del programa Epi info permitió complementar la información entregada por el programa con cálculos de estadística inferencial.

- **Limitaciones:**

- El uso de cuestionarios estandarizados representó una herramienta útil por su fiabilidad, sin embargo por tener una gran extensión la aplicación de los mismos resultó inconveniente en ciertas ocasiones
- Cuando la situación lo ameritaba el cuestionario no pudo ser llenado en los grupos que se planearon en un inicio, razón por la cual el personal lo llenó en sus puestos de trabajo o mediante la ayuda del investigador.
- La herramienta de trabajo permitió el análisis adecuado y rápido de los datos, sin embargo no contaba con la opción de realizar cálculos de estadística inferencial, razón por la que se tuvieron que calcular los mismos por separado

- **Recomendaciones:**

- **Para la institución:**

- Conformación de un grupo de trabajo que se responsabilice de la implementación de las medidas preventivas que se deberán aplicar en el Servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés como recomendación de este estudio.
- Diseño e implementación de estrategias de prevención que fomenten un cambio que proteja a los trabajadores y modifique los riesgos psicosociales laborales a través de la participación activa de los jefes del Servicio de Emergencias, Unidad de Talento Humano de la institución y de los propios trabajadores.
- Es necesario hacer énfasis en las dimensiones psicosociales que se presentan como factores protectores en el personal de Emergencias, para que sean fortalecidas y puedan utilizarse como herramientas de prevención

- **Para el personal:**

- Fomentar las relaciones interpersonales entre los miembros del grupo de trabajo para que todos se vean involucrados en el proceso de prevención, aprovechando la confianza vertical con los jefes inmediatos.

- **Organización:**

- Elaborar un plan de capacitación sobre la evidencia actual en cuanto a riesgos psicosociales para que todo el personal tenga la información suficiente sobre los posibles impactos en su salud y por lo tanto también se tome conciencia de la necesidad de prevenirlos.
- Dentro del plan de capacitación se debe incorporar el tema del uso adecuado del tiempo libre, con lo cual se puede combatir los posibles riesgos derivados de las exigencias emocionales que es el segundo factor de riesgo psicosocial que tiene el personal.
- Implementar de manera formal, conforme recomienda la bibliografía, espacios de esparcimiento de 10 minutos cada 4 horas, previa la autorización y la evaluación de la propuesta por el Departamento de Talento Humano, ya que el presente estudio demuestra que el ritmo de trabajo es el principal factor de riesgo en el personal del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés.

- **Investigación:**

- Realización de un estudio de seguimiento en el mismo personal luego de la implementación de medidas preventivas, para controlar los cambios en las variables de exposición psicosocial

- Realización de estudios similares al presente en servicios parecidos o disimiles de otros hospitales para comparar resultados, evaluar circunstancias positivas que puedan ser replicadas y valorar estados negativos que puedan mejorarse.

- **Para la Facultad:**

- Realizar énfasis en la investigación en cuanto a riesgo de trabajo y el apoyo para poder realizar estudios de este tipo por parte de los estudiantes de medicina, de forma que se pueda entender el concepto de salud ocupacional de manera adecuada y también se pueda poner en práctica estrategias de prevención que servirán para el resto de nuestras carreras

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gómez Esteban R. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2004 Jun [cited 2015 Jan 22];(90):41–56. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Rodríguez Carvajal R, Rivas Hermosilla S De. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. Med Segur Trab (Madr). 2011;57:72–88.
3. Dorronsoro JÁ. EL TRABAJO A TRAVÉS DE LA HISTORIA, por Javier Álvarez Dorronsoro [Internet]. 2013. 1993 [cited 2015 Jan 22]. p. 1. Available from: <http://www.filosofia.net/materiales/num/numero9a.htm>
4. Río E del. EL TRABAJO COMO FACTOR DE IDENTIDAD, por Eugenio del Río [Internet]. 2013. 1993 [cited 2015 Jan 22]. p. 404. Available from: <http://www.filosofia.net/materiales/num/numero9c.htm>
5. Instituto Sindical de Trabajo A y S (ISTAS). LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO Guía para una intervención sindical. 2013.
6. Vaquero C. NEOLIBERALISMO Y MERCADO DE TRABAJO, de Carlos Vaquero [Internet]. 2013. 1993 [cited 2015 Jan 22]. p. 1. Available from: <http://www.filosofia.net/materiales/num/numero9b.htm>
7. Claudia C. Bienestar Psicologico fundamentos teoricos. 2013. p. 12.
8. Zubieta EM, Delfino G. Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. Anu Investig [Internet]. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires; [cited 2015 Jan 22];17:277–83. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Torreblanca CC. HISTORIA DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ESPAÑA DESDE EL TARDOFRANQUISMO A LA TRANSICIÓN [Internet]. Baetica. Estudios de Arte, Geografía e Historia. 2012 [cited 2015 Jan 22]. p. 411. Available from: <file:///C:/Users/intel/Downloads/Dialnet-HistoriaDeLaPrevencionDeRiesgosLaboralesEnEspanaDe-3852233.pdf>
10. Infantil ELT. INDUSTRIAL HASTA LA. GRADO EN Relac LABORALES. 2012;1(1):37.

11. Gómez Rojas P, Hernández Guerrero J, Méndez Campos MD. Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en una Empresa Chilena del Área de la Minería. Cienc Trab [Internet]. Fundación Científica y Tecnológica. Asociación Chilena de Seguridad; 2014 Apr [cited 2015 Jan 22];16(49):9–16. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. McGraw-hill. Factores de riesgo derivados de las condiciones de trabajo [Internet]. BVC Guide. 2002 [cited 2015 Jan 22]. p. 440. Available from: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448171586.pdf>
13. Vélez Hernán, Rojas William, Borrero Jaime RJ. Fundamentos de medicina, Psiquiatría [Internet]. Corporación para investigaciones médicas. 2010 [cited 2015 Jan 22]. p. 575. Available from: <http://files.sld.cu/bmn/files/2013/10/serie-paltex.pdf>
14. Consoli, S.M. / Jeammet, P. / Reynaud M. Psicología médica [Internet]. ELSEVIER MASSON. 1999 [cited 2015 Jan 22]. p. 424. Available from: http://www.alibri.es/psicologia-medica-120373?path=4_51_532
15. Nadal R, Armario A. Mecanismos de susceptibilidad al estrés. Hipertens y Riesgo Vasc [Internet]. 2010 May [cited 2015 Jan 22];27(3):117–24. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183710000292>
16. Organization WH. OMS | ¿Qué es la salud mental? [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2008 [cited 2015 Jan 22]. p. 1. Available from: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
17. Española RA. Real Academia Española. Diccionario Usual. [Internet]. Diccionario Real Academia Española. 2014 [cited 2015 Jan 22]. Available from: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=vulnerable>
18. Rivero Rodríguez LF, Cruz Flores C. Trastornos psíquicos y psicósomáticos: problemática de salud actual de los docentes mexicanos. Salud los Trab [Internet]. Universidad de Carabobo; [cited 2015 Jan 22];16(2):73–86. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382008000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Vicente P B, Kohn R, Saldivia B S, Rioseco S P. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. Rev Med Chil [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2007 Dec [cited 2015 Jan 22];135(12):1591–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

20. Astudillo Díaz PR, Alarcón Muñoz AM, Lema García ML. PROTECTORES DE ESTRÉS LABORAL: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS, TEMUCO, CHILE. *Cienc y enfermería* [Internet]. Universidad de Concepción; 2009 [cited 2015 Jan 22];15(3):111–22. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Grazziano E., Ferraz Bianchi ER. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Glob* [Internet]. Universidad de Murcia; 2010 Feb [cited 2015 Jan 22];(18). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Mezzich JE. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology* [Internet]. 2002 Jan [cited 2015 Jan 22];35(2-3):72–5. Available from: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ArtikelNr=65122&Ausgabe=228600&ProduktNr=224276>
23. L NR. Preescolar, Escolar, Adolescente, Adulto sano y trabajador [Internet]. PRESCOLAR, ESCOLAR, ADOLESCENTE, ADULTO SANO Y TRABAJADOR.sld.cu. 2010 [cited 2015 Jan 22]. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
24. Ramírez Pérez M, Lee Maturana S-L. Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. P [Internet]. Universidad de Los Lagos Centro de Investigaciones Sociedad y Políticas Públicas - CISPO; 2011 Dec [cited 2015 Jan 22];10(30):431–46. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682011000300020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Merino Salazar P. Exposición a factores de riesgo psicosocial, salud, estrés y satisfacción en médicos residentes y posgradistas que laboran en el Hospital Eugenio Espejo de la Ciudad de Quito, 2009 [Internet]. Tesis (Magíster en Seguridad, Salud y Ambiente, con menciones en Seguridad en el Trabajo e Higiene Industrial), Universidad de Huelva, España; Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Postgrados; Quito, Ecuador; noviembre, 2009. 2009 [cited 2015 Jan 22]. p. 173. Available from: <http://rapi.epn.edu.ec/index.php/record/view/49243>
26. Inca Lozano FA. La exposición a los factores de riesgo psicosociales incide en la salud y eficiencia del usuario interno del Centro de Salud La Concordia e influye en el trato al paciente. [Internet]. QUITO / PUCE / 2013; [cited 2015 Jan 22]. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5925>

27. MELISSA CP, ANDREA RBV. ANALISIS DEL RIESGO PSICOSOCIAL EN LOS TRABAJADORES DE LA CORPORACIÓN SIRVIENDO CON AMOR EN LA CIUDAD DE PEREIRA BAJO EL ENFOQUE DE GESTION DE RIESGO OCUPACIONAL. [Internet]. UNIVERSIDAD TECNOLÒGICA DE PEREIRA FACULTAD DE INGENIERA INDUSTRIAL MAESTRIA EN ADMINISTRACIÒN DEL DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIONAL. 2011 [cited 2015 Jan 22]. p. 145. Available from: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/2577/1/6136286132C331.pdf>